

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIERE.

MM
Co

GAR
E
VAG
LICH

et R

K
T. H
I

S
SÉ

LETU
NIMI
COV

DUDI

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par **MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE**

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les D^{rs} AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, C. CHAUVEAU, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, LAURENS, LEWENBERG, LOMBARD, MAHU, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER, F. SUAREZ DE MENDOZA LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, COLLET, agrégé de la Faculté de Lyon ETIÉVANT, chef de clinique à la Faculté de Lyon, PIAGET (Grenoble) VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen), LICHTWITZ (Bordeaux), GRINER, LENHARDT (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans), BAR (Nice), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne sur-Mer), SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS et RUITEN (Liège), DE PONTIÈRE (Charleroi), P. KOCH (Luxembourg et Nancy), SZENES, NEUMAN (Budapest), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER, CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER, KIRSTEIN (Berlin), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERVING, T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres), LABUS (Milan), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples), FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL, SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELANVAN (New-York), SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAX, TERRIER et BERGER, D^{rs} PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, RECLUS, BROCA, PICQUÉ, SÉBILEAU et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, D^{rs} DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, NETTER, LAUNOIS et LE NOIR, méd. des hôpitaux de Paris, NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon, COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, D^{rs} LEVAL, HIRSCHMANN, R. LEUDET, PLICQUE, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER, DUDEFOY, GASTOU, MICHEL DANSAC et M^{me} NAGEOTTE, ex-internes des hôp. de Paris, CABOCHE, DRUAULT, intern. des hôp. de Paris.

TOME XXVI — 1900

DEUXIÈME PARTIE

PARIS
MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1900

ANNALS

OF THE PROGRESS OF THE HUMAN MIND

IN THE
SCIENCE OF THE
MIND

BY J. H. M. J. VAN DER KAM

Author of
"The Science of the Mind"

Translated by
J. H. M. J. VAN DER
KAM

With an Introduction by
J. H. M. J. VAN DER
KAM

Published by
J. H. M. J. VAN DER
KAM

Amsterdam, 1911

111

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

NOUVELLE MÉTHODE
DE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU NEZ
PAR LES APPLICATIONS D'AIR CHAUD

Par **M. LERMOYEZ** et **G. MAHU.**

La chirurgie et la médecine se partagent la rhinologie. Et il ne peut être donné une meilleure preuve de la supériorité de la première sur la seconde que ce qui se passe en ce domaine nasal.

La diversité de leurs allures n'empêche pas les affections du nez de se ranger en deux groupes bien opposés, au point de vue de leur pronostic thérapeutique. D'un côté se placent les rhinopathies justiciables d'une intervention chirurgicale utile et incontestée : tel les déviations de la cloison, les polypes muqueux, les végétations adénoïdes et souvent même les sinusites purulentes. Ici la chirurgie a tous droits car la lésion est purement locale ; au bout de ses efforts se retrouvent presque inévitablement la guérison du malade et la satisfaction du médecin.

D'un autre côté se groupent les troubles nasaux, moins aisément enlevables, car ils relèvent de la juridiction molle de la pathologie interne ; ce sont toutes ces souffrances étiquetées rhinites, et flanquées d'une épithète variée mais peu encourageante de catarrhale, spasmodique, congestive etc. ; les éternuements, les obstructions à bascule, les hypersécrétions et autres symptômes désespérants. Ici le rôle de la chirurgie nasale est peu brillant : car le trouble local n'est, le plus souvent, on pourrait dire toujours, que l'extériorisation d'un vice général, où les uns voient l'arthritisme, les autres découvrent la neurasthénie, certains observent le lymphatisme, la plupart enfin ne trouvent rien qui les puisse mener à un jugement ferme. Malheureusement, dans nos cabinets de ville surtout, ces nez médicaux forment la grande majorité, ce qui n'est pas fait pour relever le prestige de notre thérapeutique. Chacun de nous, manquant ici de direction, se laisse aller à leur égard à son inclination favorite. Les nosologistes préfèrent le traitement général et, à mon avis, ce sont les plus prudents, car en regard des succès qu'ils obtiennent d'une cure à toute prendre rationnelle, ils n'opposent que des insuccès bénins, en ce sens que là où ils échouent, ils n'ont au moins pas causé de dégâts. Les nasologistes, plus ardents à agir, proposent des interventions locales d'énergie variable : et Londres se signalait, il y a peu de temps encore, à cet égard, par son bel enthousiasme pour la turbinotomie ; de l'organisme et de ces réactions, ils n'ont cure. On ne saurait certes leur reprocher d'échouer souvent ; en cette moitié de la rhinologie, le succès thérapeutique ne peut être constant. Mais on pourrait s'étonner de cette application systématique d'un principe de traitement à tout le moins radical, qui supprime un organe, une muqueuse, c'est-à-dire, une fonction utile, pour y faire cesser de simples réactions sécrétoires ou vaso-motrices. Le moyen est vraiment radical : il nous semble que, pour notre part, nous demanderions à réfléchir, si, comme traitement de crises d'érythromélgie ou d'accès d'asphyxie des extrémités, on nous proposait comme traitement l'amputation.

Peut-être n'est-ce, après tout, qu'une opinion personnelle, insoutenable. Cependant nous ne devons pas être seuls à penser

de la sorte : car entre ce trop peu et ce trop thérapeutique beaucoup de spécialistes cherchent un moyen terme. Ils prennent, tout au moins pour commencer, position entre la thérapeutique générale, à qui l'on pourrait surtout reprocher de réduire par trop la besogne du rhinologiste et l'action chirurgicale d'emblée, qui les effraie quelque peu. Et c'est pour trouver ce moyen terme qui les satisfasse autant qu'il serve à leurs malades, qu'ils essaient tour à tour instillations, irrigations, bains locaux, humages, inhalations, aspirations, pulvérisations, badigeonnages, massages plus ou moins vibratoires, électriques ou non, pommades, poudres, bougies toujours à la recherche d'une méthode qui, sans la détruire, modifie la muqueuse nasale et régularise ces réactions.

La recherche de cet idéal thérapeutique nous a aussi tenté depuis longtemps ; l'éternel galvanocautère nous lasse un peu de sa monotonie ; nous ne devons pas être certainement les seuls à désirer et à chercher autre chose. L'un de nous ayant, par hasard, été témoin des excellents résultats obtenus à Bagnères-de-Luchon par les humages de vapeurs sulfureuses chaudes, et de l'amélioration rapide donnée à certains de ses malades que pendant des mois il avait antérieurement soumis sans succès aux méthodes urbaines classiques, prit acte de ce fait pour essayer d'en faire dériver un procédé thérapeutique plus simple et surtout plus universellement applicable. Il y a dans ces humages thermaux trois éléments de traitement : la sulfuration, l'humidité, la chaleur des gaz inhalés. Il nous a semblé que la chaleur y devait jouer le rôle important : c'est par elle seule que nous nous sommes proposés d'agir. En outre la saturation de l'air par les vapeurs humides ne nous a pas paru devoir être maintenue : cette humidité empêche de porter le mélange gazeux à une température élevée, car elle rend alors son action pénible sur nos tissus. C'est à l'action de l'air chaud sec que nous nous sommes adressés, sans parti pris aucun, demandant seulement à un empirisme prudent jusqu'à quel point notre méthode pouvait rendre service aux nez malades.

I. — Historique.

La thérapeutique utilise couramment la chaleur sous des formes multiples et variées : bains chauds, inhalations, injections de vapeur, thermocaustie. L'air chaud en particulier, a été employé soit sur toute la surface du corps — sudation — soit localement — inhalations, insufflations, ou applications sur un point donné.

C'est ainsi qu'on s'est servi contre les affections cutanées, en gynécologie et en ophtalmologie ⁽¹⁾ d'applications directes d'air chaud à haute température sur les parties malades. En rhinologie, on a traité l'ozène à l'aide de la *circulation* dans les fosses nasales d'air chaud chargé ou non de vapeurs médicamenteuses ⁽²⁾.

Plusieurs appareils ont été imaginés en vue de produire et de débiter de l'air chaud.

Un des plus simples est celui qu'a fait construire M. Hollaender (de Berlin) ⁽³⁾ et dont il s'est servi pour le traitement du lupus tuberculeux par cautérisation dans le but de provoquer une eschare en commençant par le simple échauffement de la zone malade. Voici la description que M. Hollaender donne lui-même de son appareil.

« Il se compose essentiellement d'une longue tige métallique
« terminée en pointe et percée d'une lumière centrale à travers
« laquelle on peut faire passer un courant d'air au moyen
« d'une soufflerie en caoutchouc. Pour faire fonctionner cet
« appareil il suffit : 1° d'exposer la tige métallique à l'action
« d'une flamme suffisamment chaude pour obtenir la tempé-
« rature voulue ; 2° de projeter un courant d'air en faisant

(1) BOURGEOIS (de Reims). — « Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée. » (*Annales d'oculistique*, juillet 1879, pages 55 à 61.)

(2) GAUTIER et LARAT. — In *Thèse de Dagail*. — « Contribution au traitement de l'ozène par l'électrolyse métallique et la circulation d'air chaud. » Paris, 1897.

(3) HOLLAENDER (de Berlin). — « Traitement du lupus vulgaire par les courants d'air chaud. » (*Presse médicale*, 1897, 30 octobre, n° 90.)

« manœuvrer la poire en caoutchouc ; en utilisant une source
« de chaleur suffisamment intense, le courant d'air qui, après
« avoir traversé la lumière de la tige métallique incandes-
« cente s'échappe par l'orifice libre, peut acquérir une tempé-
« rature supérieure à 300°. »

M. Dagail décrit comme il suit dans sa thèse inaugurale ⁽¹⁾, l'appareil dont se servaient MM. Gautier et Larat pour le traitement de l'ozène par la circulation d'air chaud : « L'air comprimé de la Compagnie Popp se distribue à volonté dans un appartement quand on est à proximité d'un secteur ; à l'aide d'un robinet, on débite l'air avec vitesse et quantité selon son désir. Cet air, dans le cas qui nous intéresse, arrive dans un flacon à double tubulure contenant de l'eau chargée de principes médicamenteux et de là s'échappe par une des tubulures pour aller circuler dans un court serpent. A l'extrémité libre du serpent est ajusté un tube métallique flexible, et, enfin, l'extrémité libre de ce tube est reliée par un court tuyau en caoutchouc à une canule nasale en verre de forme spéciale.

« La source de chaleur peut être l'électricité, le gaz, l'alcool.
« Une lampe placée sous le serpent a un foyer suffisant pour
« cet usage.

« Lorsqu'on ouvre le robinet de l'air, ce dernier se purifie
« par son barbotage dans l'eau où il se charge de vapeurs
« médicamenteuses appropriées, passe dans le serpent où il
« s'échauffe progressivement et s'écoule définitivement par les
« fosses nasales, l'arrière-gorge et la bouche. Le débit de l'air
« s'augmente à volonté et la chaleur se règle par l'intensité du
« foyer. »

M. Jayle ⁽²⁾, désirant éviter les inconvénients, pour l'usage auquel il le destinait, de l'emploi d'un appareil à source de chaleur fixe, a fait construire un générateur d'air chaud mobile ingénieux ;

« C'est un thermo-cautère ordinaire auquel deux modifica-

(1) DAGAIL. — *Loc. cit.*

(2) JAYLE. — « L'Aérothermothérapie. » (*Presse médicale*, 1898, 10 septembre, n° 75.)

« tions sont faites : 1° autour de la lame du thermo est placée
« une gaine revêtue extérieurement d'une enveloppe d'amiante
« tant pour empêcher le rayonnement que pour préserver
« l'opérateur ou le malade du contact d'une surface brûlante ;
« 2° le tube de la soufflerie avant d'arriver au flacon conte-
« nant l'essence de pétrole, se subdivise en deux tubes :
« l'un va à ce flacon et l'autre vient se brancher sur la gaine
« qui entoure le thermo-cautère. On comprend dès lors le
« mode de fonctionnement : l'air de la soufflerie se divise par
« moitié : une partie alimente le thermo-cautère et le main-
« tient au rouge, l'autre arrive dans la gaine et se chauffe en
« passant sur le thermo ; chaque coup de poire entretient à la
« fois et le thermo et le courant d'air. On a ainsi de l'air chaud
« qui peut dépasser 200° à l'extrémité de son thermo-cautère
« qui est ainsi devenu un aérothermogène.

« Pour régler la température et obtenir sur le même appa-
« reil des températures très différentes, il suffit de se rappeler
« que l'air chaud se refroidit en sortant par un orifice étroit ;
« par suite, en munissant la gaine d'ajutages coniques à ori-
« fices variant de un demi-millimètre à un centimètre de dia-
« mètre, on obtient des températures différentes et qui sont à
« peu près constantes pour chaque embout. »

M. Jayle a appliqué son appareil en gynécologie.

M. Balzer a utilisé un appareil à peu près semblable pour le traitement du chancre mou (1).

Enfin différents autres instruments sont en usage chez les dentistes pour le traitement ou le séchage des dents cariées. Le plus simple de tous est, sans contredit, la poire à air en caoutchouc dont l'extrémité est terminée par un tube métallique effilé. Cette extrémité est chauffée au contact d'une flamme et lorsqu'on presse sur la poire l'air s'échauffe en passant dans le tube.

Tous ces appareils, on le voit, peuvent fournir de l'air chaud

(1) BALZER. — « Application de la méthode de Hollaender (Traitement par les courants d'air chaud). » — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (Séance du 29 avril 1900). (*Presse médicale*, 1900, 28 avril, n° 34.)

à des températures plus ou moins élevées, d'une manière simple et peu coûteuse : mais, pour l'application à la thérapeutique spéciale qui nous intéresse, aucun d'entre eux n'est, tel qu'il est, capable de conduire cet air *maintenu suffisamment chaud*, à travers des voies étroites, resserrées et sans intéresser les parties voisines, sur un cornet inférieur ou moyen, sur une queue de cornet, sur un pavillon tubaire et même jusque dans l'orifice de la trompe.

L'appareil de MM. Gautier et Larat déjà employé en rhinologie et dont nous avons, à peu de choses près, adopté le dispositif en ce qui concerne le thermogène et la source d'air ne saurait lui-même nous satisfaire complètement. Outre que la partie du tube conducteur en caoutchouc ne pourrait résister sans inconvénients aux températures que nous employons, il ne nous suffit pas de faire arriver dans la fosse nasale l'air chaud au moyen d'une canule, et d'établir ainsi une *circulation* dans la fosse nasale, le cavum et le pharynx ; c'est une *application directe* de l'air chaud, à une température élevée, sur les parties malades, qu'il nous faut obtenir.

C'est ainsi que nous nous sommes appliqués, utilisant ce qui pouvait nous servir dans les procédés existants, à l'étude d'un appareil susceptible de permettre un débit et un emploi raisonnés de l'air chaud à haute température dans les conditions requises par la thérapeutique spéciale à laquelle il est destiné.

II. — Théorie de notre procédé.

Nous nous proposons, comme nous l'avons dit au début, d'agir au moyen de la chaleur, sur les muqueuses, plus profondément et d'une manière plus durable, qu'on ne l'a fait au moyen des procédés employés jusqu'à ce jour soit par l'action de l'eau chaude, ou de l'air chargé de vapeurs médicamenteuses, soit par l'action d'une circulation d'air chaud à température modérée.

Or, nous savons que les muqueuses supportent d'autant mieux la chaleur que cette chaleur est plus sèche. C'est donc

de l'air *chaud et sec* qu'il nous faut employer et le problème dès lors se divise en deux parties :

1° *Produire de l'air chaud et sec ;*

2° *Conduire cet air à destination.*

1° **PRODUIRE DE L'AIR CHAUD.** — La première partie de ce problème n'était plus à résoudre puisqu'il existe, comme nous l'avons vu, plusieurs appareils pratiques imaginés en vue de produire de l'air chaud. Le dispositif le plus simple de tous, celui qui se présente immédiatement à l'esprit, consiste — types Hollaender ou Gautier et Larat — à chauffer, en un endroit de son parcours, de l'air poussé avec pression dans un tube droit ou mieux contourné en serpentín pour augmenter la surface de chauffe. L'air s'échauffera aussitôt, en traversant le serpentín, pourvu que la vitesse du passage ne soit pas trop grande, et il sortira de ce tube chauffé à une température aussi élevée qu'on le désirera.

2° **CONDUIRE L'AIR CHAUD A DESTINATION.** — Jusqu'ici rien de plus simple ; mais les difficultés surgissent dès qu'on veut conduire cet air à quelque distance. En effet si l'air, à cause de sa faible chaleur spécifique, prend facilement et rapidement la température élevée du serpentín métallique chauffé, il perdra cette température, avec la même facilité et pour la même raison, dès qu'il se retrouvera dans un milieu refroidi ; et, cet air que nous avons porté sans difficulté à 300 ou 400°, nous aurons beaucoup de peine à le conduire en un point donné à la température à laquelle nous voulons l'employer, soit 75 à 100°.

Supposons, en effet, pour fixer les idées, que l'on veuille conduire dans les fosses nasales, sur un cornet moyen par exemple, de l'air chauffé à 80°. Il faut pour cela faire usage d'un tube flexible adapté à l'extrémité du serpentín et d'une canule de plus faible diamètre pouvant être introduite dans la fosse nasale sous le contrôle de la vue.

N'ajustons tout d'abord que le tube conducteur seul, sans la canule, et faisons passer dans le système un courant d'air à une pression donnée. L'air sera froid à sa sortie, tant que le tube n'aura pas été échauffé sur tout son parcours et l'on obtiendra le débit d'air à 80° cherché qu'au bout d'un certain

temps et à la condition que le renouvellement d'air chaud dans le tube soit suffisamment actif pour lutter contre le refroidissement extérieur, refroidissement dû à deux causes : le rayonnement et la conductibilité.

Le résultat sera atteint lorsque l'intérieur de l'extrémité du tube conducteur fixé au serpentín étant théoriquement à la température de ce dernier, son extrémité libre sera à 80°. Si, par la pensée, on fait, perpendiculairement à l'axe, une série de coupes parallèles du tube, à des distances égales de 1 centimètre par exemple, les surfaces intérieures de chacun des petits cylindres creux ainsi obtenus seront évidemment à des températures de moins en moins élevées au fur et à mesure qu'on se rapprochera de l'extrémité libre.

Au point de vue pratique, on peut déjà déduire, de ce qui précède, qu'il y a intérêt à employer un tube dépoli à l'extérieur, le moins long possible et formé d'une substance non conductrice de la chaleur. On voit, en outre, que plus il passera d'air chaud pendant l'unité de temps dans une des sections élémentaires du tube d'un diamètre donné et plus l'air sera chaud à sa sortie.

D'autres éléments entrent encore en jeu : ce sont, d'une part, la *pression* avec laquelle l'air est projeté dans le serpentín et d'autre part l'importance de la *source de chaleur*. Si l'on suppose que cette dernière est constante — la flamme d'un bec Bunsen par exemple — on peut admettre, d'après ce que nous avons dit précédemment, que la température à laquelle sortira l'air à l'extrémité libre du tube, augmentera en même temps que la pression initiale, dans certaines limites bien entendu.

En effet, malgré la faible chaleur spécifique de l'air, ce fait ne demeurerait pas exact si d'un côté on faisait passer l'air dans l'appareil avec une *lenteur extrême* et si de l'autre il y était projeté avec une *trop grande vitesse*.

Dans le premier cas, l'air prendra à la vérité une température plus élevée que dans le second, au moment de son passage dans le serpentín chauffé, puisqu'il y séjournera plus longtemps, mais le débit à travers le tube conducteur sera trop faible pour lutter contre la déperdition de chaleur due au

rayonnement et à la conductibilité. Au contraire, dans le cas d'une vitesse extrêmement grande, l'air plus fréquemment renouvelé dans le tube sera constamment à une température voisine de celle qu'il avait prise lors de son passage dans le serpentin ; mais, ce passage a été trop rapide pour que l'air ait eu le temps de s'échauffer suffisamment.

Nous verrons plus loin quelles conséquences nous avons tirées de ces remarques au point de vue pratique.

Supposons donc que, par tâtonnement, on soit arrivé à obtenir à l'extrémité du tube un débit régulier d'air à 80° et fixons maintenant la canule fine qui nous est indispensable pour conduire cet air sur la muqueuse du cornet moyen, — canule du diamètre d'une sonde d'Itard de fort calibre.

L'air qui s'échappait du tube à 80° va sortir froid de la canule. Puis, celle-ci s'échauffera peu à peu à son tour et l'air sortira bientôt à une température voisine de 80° pourvu que le débit soit suffisant.

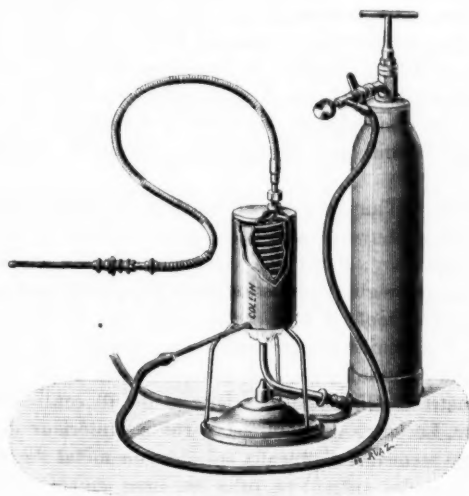
Ce débit dépend de deux facteurs : le *diamètre de la canule* et la *pression de l'air insufflé*. Quel que soit le diamètre de la canule, il importe qu'il se produise un débit d'air chaud suffisant pour maintenir l'extrémité du tube fixe à cette canule à une température un peu supérieure à celle qu'on désire obtenir ; autrement, de proche en proche, les petits cylindres élémentaires du tube que nous avons considérés, se refroidiraient peu à peu et l'on ne pourrait plus obtenir une élévation de température, sauf toutefois en augmentant la pression. Mais, d'autre part on ne peut augmenter celle-ci au delà de certaines limites. Nous en avons déjà donné une raison plus haut ; une autre raison est que pour arriver à débiter de l'air à une température assez élevée avec une canule de très faible diamètre, on serait amené à produire un courant trop intense pour être supporté par le malade. On peut parer à ces inconvénients grâce à un dispositif spécial appliqué à l'appareil dont nous donnons ci-dessous la description.

III. — Description de l'appareil.

L'appareil dont nous nous servons se compose de trois parties :

- 1° Le générateur d'air chaud ;
- 2° Le réservoir d'air ;
- 3° Le tube conducteur et les canules.

1° Le *générateur d'air chaud* est construit sur le modèle de celui de MM. Gautier et Larat ; il est formé d'un serpent



de cuivre rouge sans soudure en tube de 8 millimètres dont les spires se touchent et constituent un cylindre de 4 centimètres de diamètre extérieur et de 10 centimètres de hauteur. Ce cylindre est entouré de deux enveloppes métalliques également cylindriques séparées du serpent et espacées entre elles par un intervalle de 15 millimètres. L'enveloppe intérieure est un simple tube ouvert à ses deux extrémités ; l'autre est un cha-

peau recouvrant le tout et dont le faite est éloigné de 1 centimètre de la circonférence supérieure du premier cylindre, afin de permettre le retour de flamme entre les feuillets de la double enveloppe.

La chaleur est fournie par un bec Bunsen placé sous le serpent ; et tout le système, supporté par trois pieds, est posé sur une base large et lourde qui en assure la stabilité.

A l'extrémité inférieure du serpent, point d'arrivée de l'air froid, est vissé un tube métallique assez long — 25 centimètres environ — pour éviter de brûler le tube en caoutchouc fixé d'autre part au récipient d'air.

2° Comme *source d'air*, nous employons également l'air comprimé ; mais, comme il n'est pas possible à tous les médecins d'avoir l'air de la compagnie Popp, nous nous sommes adressé au Dr Dutremblay de Boulogne-sur-Seine, qui nous livre à domicile des tubes de différentes capacités d'air comprimé à 120 atmosphères : ces tubes sont analogues aux tubes d'oxygène fournis aux pharmaciens et dans les hôpitaux de Paris.

La sortie de l'air des tubes est réglée de la façon suivante : 1° par une clé ouvrant une valve pour la sortie en grand de l'air à l'extérieur ; 2° par une vis micrométrique à pointeau, qui permet de régler l'admission dans l'appareil aussi doucement que l'on veut ; 3° à la partie supérieure du thermogène émerge l'extrémité du serpent sur laquelle on fixe, au moyen d'un raccord à vis, *le tube conducteur d'air chaud* de 1 centimètre de diamètre extérieur et de 70 centimètres de longueur. Le tube, vertébré, est garni à l'intérieur de tissu d'amiant recouvert d'anneaux spiroïdes en métal s'emboîtant les uns dans les autres : ce tube est assez souple pour permettre de diriger la canule dans tous les sens ; il est assez mauvais conducteur de la chaleur et peut résister aux plus hautes températures.

L'extrémité libre est terminée par un raccord sur lequel se visse une pièce interposée entre le tube et la canule et utile au bon fonctionnement de l'appareil : *le régulateur de température et de pression*.

Cette pièce se compose d'un tube métallique de 3 centimètres

de longueur, percé latéralement d'un petit orifice à sa partie moyenne et muni de deux pas de vis, l'un extérieur l'autre intérieur ; sur ce dernier sont vissées les canules ; sur le pas de vis extérieur se meut un écrou en forme de cône dont la pointe est dirigée vers le patient, et qui, suivant sa position, obture en tout ou en partie l'orifice latéral du tube, laissant ainsi s'échapper à volonté du côté de l'opérateur, une plus ou moins grande quantité d'air chaud avant que celui-ci ait pénétré dans la canule.

Les canules peuvent être de différentes grosseurs et de différentes formes suivant l'usage auquel on les destine : dès qu'elles atteignent un diamètre suffisant, elles sont constituées par deux tubes cylindriques en maillechort embottés l'un dans l'autre et séparés par un carton d'amiante. Ces canules se divisent en deux catégories : les unes droites, pour le nez et les régions tubaires, pharyngiennes, choanales, et rétro-pharyngiennes, sont terminées à l'une de leurs extrémités par une vis et à l'autre par une petite olive en ivoire ; nous employons deux grosseurs de ce genre : la canule n° 1, la plus grosse, a 3 millimètres de diamètre intérieur sur 10 centimètres de longueur et sert pour les applications d'air chaud dans le pharynx et la région antérieure des fosses nasales ; le n° 2, plus fin et plus long, a 12 centimètres de longueur et présente une lumière de 2 millimètres de diamètre : on l'emploie pour les parties postérieures des fosses nasales, les régions choanales, rétro-pharyngiennes et l'orifice tubaire.

Les autres canules peuvent avoir les formes les plus diverses. Pour les insufflations dans la trompe d'Eustache nous employons la sonde d'Itard en métal ; nous nous sommes servi de diverses canules pour l'oreille entre autres de la petite canule d'Hartmann pour l'attique.

Afin d'éviter le contact avec la main du tube conducteur, qui est toujours brûlant pendant le fonctionnement de l'appareil, un manchon en caoutchouc ou en amiante permet de tenir en main son extrémité voisine de la canule pour diriger celle-ci comme il convient.

IV. — Mode d'emploi de l'appareil.

L'air chaud employé doit être pur et sec : sa température varie, en général, entre 70 et 90°.

Pour obtenir, dans ces conditions, un débit régulier d'air chaud à l'extrémité de la canule, il est d'abord nécessaire d'échauffer tout le système. Pour cela, l'appareil étant monté comme il a été dit plus haut, *sans la canule*, et le bec Bunsen étant allumé, on dévisse d'environ un demi-tour la grosse vis d'admission de l'air ; puis, on tourne de droite à gauche graduellement et avec précaution la tête de la vis micrométrique de manière à régler le débit : celui-ci devra être supérieur au débit moyen pendant l'opération afin d'arriver plus vite à échauffer le tube. Ce résultat est en général obtenu au bout d'une ou deux minutes au plus, et le dos de la main, placé à moins de 1 centimètre de l'orifice du tube, perçoit une chaleur que la peau ne peut longtemps supporter.

A ce moment, visser la canule, diminuer légèrement la pression et attendre de nouveau quelques instants que la canule soit suffisamment échauffée. Commencer alors l'insufflation dès qu'on a obtenu, par tâtonnement, un débit d'air chaud à la température voulue.

On s'habitue assez vite à se rendre compte à la main de la température de l'air à sa sortie de la canule. Il importe cependant de pouvoir évaluer exactement, en certaines circonstances, la température de l'air insufflé. Voici la méthode très simple que nous employons : un petit tube en caoutchouc de 3 centimètres environ de longueur et de la grosseur de la canule est fixé, d'un côté, à l'extrémité libre de celle-ci qui l'enserme et, de l'autre, entoure, sans le serrer, le mercure d'un thermomètre très sensible à petit réservoir. On voit le mercure monter rapidement jusqu'à une certaine hauteur et rester bientôt à un niveau à peu près fixe, qui indique, avec une approximation suffisante, la température de l'air à sa sortie.

Nous avons vu que, dans certaines limites, cette température était proportionnelle à la pression initiale : mais elle

n'augmentera pas indéfiniment et d'ailleurs, au point de vue pratique, nous n'avons pas besoin qu'il en soit ainsi : il nous suffit de pouvoir obtenir à volonté des températures comprises entre les chiffres indiqués. L'expérience prouve qu'il est possible d'arriver à ce résultat et d'avoir, pendant un temps suffisant pour une insufflation, un débit d'air chaud, à la température cherchée, tout en faisant passer l'air aussi doucement que l'on veut.

Cela s'explique facilement. Une fois que le tube et la canule ont été préalablement échauffés, il faut un certain temps pour qu'ils se refroidissent, même si l'on vient à supprimer le courant d'air chaud. Si, profitant de ce moment, on fait passer un faible courant d'air — qui sera d'autant plus chaud que le courant sera plus faible — cet air n'aura plus à réchauffer l'intérieur déjà chaud du tube conducteur et sortira à une température suffisamment élevée à l'extrémité de la canule pendant le temps très court que dure une insufflation.

Il résulte de cette remarque deux avantages : économie de l'air comprimé, possibilité d'insuffler de l'air chaud très doucement, ce qui est utile dans certains cas.

Emploi du régulateur de température et de pression. — Le régulateur de température et de pression trouve son emploi dans les deux cas suivants :

1° Les médecins n'ont pas toujours de l'air comprimé à leur disposition et ils peuvent être contraints d'employer une *soufflerie quelconque* fournissant un débit insuffisant, pour donner à l'extrémité d'une canule fine, en peu de temps, de l'air à une température suffisamment élevée. Si, faisant tourner l'écrou conique du régulateur, on ouvre plus ou moins l'orifice latéral du tube, on voit la température de l'air s'élever sans que la pression ait changé. Cela tient à ce que, auparavant, l'air chaud ne pouvait s'échapper en assez grande quantité par l'orifice étroit de la canule ; son renouvellement devenait insuffisant pour maintenir le tube conducteur à une température élevée, celui-ci se refroidissant constamment pour les raisons énumérées plus haut. Le fait de laisser échapper une partie de l'air, avant son passage dans la canule, correspond à une augmentation de la quantité d'air chaud qui

traverse le tube dans un temps donné, ce qui entraîne une élévation de température de l'extrémité du tube et, par suite, une élévation de température de l'air qui, après avoir traversé celui-ci, va pénétrer dans la canule et la réchauffer à son tour.

2° Quand on fait usage de l'air comprimé, il peut y avoir parfois inconvénient à lancer un *jet d'air chaud trop rapide* dans certaines cavités (l'oreille par exemple) ; l'emploi du régulateur est encore indiqué, dans ce cas, pour diminuer la pression tout en permettant de régler, par tâtonnement, la température.

Manuel opératoire. — Notre procédé ne consiste pas, nous le répétons, à établir dans les fosses nasales et dans le pharynx une *circulation* d'air chaud. Le but que nous nous proposons est de faire des *applications d'air chaud en un point donné*. Il est donc nécessaire de conduire cet air au moyen de canules que l'on introduit sous le contrôle de la vue.

Pour cela le médecin et le patient se placent dans la position ordinaire pour la rhinoscopie, et le tube est saisi de la main droite à son extrémité recouverte du manchon isolateur, pendant que la main gauche tient le spéculum nasi ; le médecin, s'aidant de la lumière réfléchie, introduit alors l'extrémité de la canule dans la fosse nasale du malade en la dirigeant sur le point voulu et maintient son orifice à une distance à peu près constante de 3 ou 4 millimètres de la surface de la muqueuse.

Ces applications, pour être bien faites, demandent un petit tour de main facile à acquérir. De plus, il est nécessaire de prendre certaines précautions : éviter le plus possible les chocs, le contact de la canule avec la cloison pour ne pas provoquer d'épistaxis ; éviter également de laisser trop longtemps le jet d'air chaud sur un même point afin d'empêcher la production d'eschares.

Les applications, d'une durée de 2, 3 ou 4 minutes, sont ordinairement faites tous les deux jours.

La température de l'air, la durée des séances et l'intervalle entre chacune d'elles augmentent en général parallèlement.

Afin d'éviter l'action de l'air froid extérieur sur la muqueuse qui vient de supporter une température élevée, nous

obligeons en hiver, après chaque séance, les malades à attendre une demi-heure au moins avant de sortir de l'appartement.

Si l'on veut introduire dans la fosse nasale la canule longue et fine n° 2 ou la sonde d'Itard, on aura soin préalablement de faire passer un courant d'air chaud dans cette fosse nasale à l'aide de la grosse canule n° 1. On produira ainsi une anesthésie relative et en même temps une rétraction des cornets qui facilitera l'introduction des sondes plus fines destinées à agir sur des parties plus profondes.

Pour les insufflations d'air chaud dans la trompe au moyen de la sonde d'Itard en métal, la marche à suivre est la même que pour le cathétérisme ordinaire. La sonde étant en place, et maintenue par la main gauche, on introduit l'extrémité libre de la canule n° 1 dans le pavillon de cette sonde ; l'air est insufflé par saccades d'amplitude de 5 ou 6 secondes. On vérifie le passage de l'air dans la caisse à l'aide du tube otoscope.

S'il s'agit d'introduire par le conduit auditif, à travers un tympan perforé, de l'air chaud dans la caisse ou dans l'attique, à l'aide d'une petite canule fine ou de la canule d'Hartmann, il n'y a aucune précaution particulière à prendre sauf celle-ci : éviter de toucher la peau du conduit avec la canule chaude. Cette canule est ici d'un trop faible diamètre pour permettre l'emploi des deux tubes concentriques isolés l'un de l'autre ; le plus simple est de faire usage d'une petite canule ordinaire en métal en enroulant autour de celle-ci une bandelette de papier d'amiante ou même de papier ordinaire.

V.— Effets produits par l'air chaud sur les muqueuses.

Nos recherches bibliographiques ne nous ont fait découvrir que fort peu de renseignements touchant les actions physiologiques de l'air chaud sur les tissus animaux en général et sur les muqueuses en particulier.

Hollaender, dans l'article que nous avons précédemment cité sur le traitement du lupus vulgaire, s'exprime ainsi :

« Autant qu'il m'est permis d'en juger, en m'appuyant sur

« mes expériences personnelles, l'air chaud me paraît devoir
« ses propriétés curatrices à son pouvoir antiseptique et hé-
« mostatique, ce qui fait prévoir qu'il pourrait rendre aussi
« des services en gynécologie pour combattre les métrorrhagies
« et les infections des organes génitaux de la femme. »

M. Jayle, dans un article également cité plus haut, dit que chez le lapin il a pu réséquer un morceau de foie aux ciseaux et arrêter toute hémorrhagie par une cautérisation rapide de la surface de section à l'air chaud. Il en conclut que ce procédé pourrait être employé contre les suintements causés par la section de petits vaisseaux.

MM. Andréa Ceccherelli et G. Benfanti ⁽¹⁾ rejettent, au contraire, l'emploi de l'air surchauffé comme hémostatique, en raison des accidents qui peuvent en résulter, des eschares surtout. Ils recommandent, au contraire, la vapeur sous pression qui, produisant un coagulum extrêmement adhérent, est très efficace dans l'hémorrhagie capillaire.

Pour notre part, nous n'avons pas cru devoir faire des expériences sur les animaux ; car, étant donné l'emploi spécial que nous nous proposons de faire de l'air chaud, comme *modificateur*, sur des muqueuses ne présentant pas de solution de continuité, nous avons préféré étudier les effets de cet agent thérapeutique simple et inoffensif sur un grand nombre de malades pris au hasard de la clinique.

Nous avons tenu tout d'abord à expérimenter cette action sur une *muqueuse saine*, point sur lequel les auteurs classiques sont restés muets jusqu'à présent. Ayant fait l'expérience sur chacun de nous à tour de rôle, nous avons pu ainsi nous rendre compte de la constance de certains phénomènes se reproduisant régulièrement dans les mêmes conditions ; voici les résultats que nous avons consignés.

Si l'on fait une application d'air chaud pur et sec, à une température comprise entre 70 et 90°, sur la muqueuse du cornet inférieur par exemple, l'orifice de la canule se trouvant à 3 millimètres de distance de la surface de cette muqueuse, on

(1) A. CECCHERELLI et G. BENFANTI. — « Recherches expérimentales sur la vapeur comme moyen hémostatique. » (*Riforma medica*, 1899, n° 278.)

constate tout d'abord que le patient n'accuse, en général, aucune douleur. Au bout de quelques instants on voit la muqueuse devenir sèche, rougir et se tendre : elle apparaît alors lisse et brillante. Si l'on augmente la température et que l'on continue plus longtemps l'application, le patient accuse une sensation de sécheresse, d'intensité variable qui fait bientôt place à un écoulement aqueux plus ou moins abondant.

Ces deux effets successifs — contraction de la muqueuse et flux aqueux — semblent être une manifestation de défensé de cette muqueuse contre l'attaque de la chaleur. Ils sont en tout cas constants et nous les retrouvons dans les cas de muqueuses altérées à des degrés différents et se suivant à des intervalles plus ou moins éloignés.

Le flux aqueux a une durée variable, de quelques minutes à plusieurs heures ; dès qu'il a disparu, la respiration nasale se fait plus largement, la muqueuse revient peu à peu à l'état normal, puis tout rentre dans l'ordre.

L'application du traitement a parfois déterminé, à la suite de la première séance, une légère céphalée (sensation de tête lourde) qui en général ne reparait plus les fois suivantes. Cet inconvénient n'est pas constant.

Sans idée préconçue d'agir plus spécialement sur telle ou telle affection nasale ou naso-pharyngienne, nous avons appliqué, au début, notre procédé d'une façon pour ainsi dire empirique. La plupart des malades atteints de ces affections et qu'il nous était possible d'examiner dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, étaient soumis aux applications d'air chaud d'après les indications données ci-dessus, à l'exception toutefois des nez chirurgicaux (crêtes de la cloison, déviations, sinusites de toutes natures, etc.), et de ceux atteints de certaines affections telles que : ozène, lupus, que nous avons systématiquement éliminés.

Nous nous sommes tout d'abord moins préoccupés de la nature de la maladie que des symptômes pour lesquels le malade venait consulter, mettant nos soins à expérimenter les effets de notre thérapeutique sur ces symptômes plutôt que d'appliquer un traitement raisonné à chacune des maladies.

A. — Obstruction nasale.

L'obstruction nasale peut avoir pour causes, en dehors des traumatismes, malformations, déviations, crêtes de la cloison, synéchies, polypes muqueux, végétations adénoïdes, etc., des affections d'ordre purement médical se manifestant ordinairement par des modifications plus ou moins profondes de la pituitaire et le plus souvent de la muqueuse des cornets.

Les causes les plus fréquentes sont : la *congestion*, la *tuméfaction*, l'*hypertrophie*, la *dégénérescence*.

1° Congestion. Tuméfaction. — Les effets de l'application d'air chaud sur une pituitaire congestionnée sont à peu près les mêmes que ceux produits sur une muqueuse saine ; mais, ces effets, tant subjectifs qu'objectifs, sont plus accentués : la rétraction produite sur la muqueuse tuméfiée est beaucoup plus considérable, le flux aqueux est plus abondant.

Dans presque tous les cas observés de tuméfaction simple (gonflement rouge), produisant communément des obstructions nasales à balancement, nous avons noté — ainsi qu'on peut s'en rendre compte en se reportant aux observations nos II, IV, VII, XVII — un soulagement survenant immédiatement après les premiers instants de l'application du courant d'air chaud. Si, à ce moment précis, c'est-à-dire après une minute à peine d'insufflation, on suspend le traitement, il se produit objectivement ce qui serait arrivé si l'on avait badigeonné la muqueuse avec une solution de cocaïne ou même si l'on avait fait passer un courant d'air froid — expérience que nous avons faite (voire observation XII) : la rétraction dure un certain temps, il se produit même un certain degré d'anesthésie passagère de la pituitaire, puis rétraction et anesthésie disparaissent peu à peu et tout redevient bientôt comme auparavant.

Mais, si l'on vient à continuer l'application d'air chaud pendant trois ou quatre minutes — que l'on dépasse la période de défense de la muqueuse que nous avons décrite plus haut — on constate que cette rétraction n'est plus éphémère et, suivant les sujets et l'état de modification plus ou moins ancien de la muqueuse, dure parfois quelques heures à la suite de la première séance, puis de plus en plus longtemps.

Un résultat caractéristique de l'application de notre procédé à la tuméfaction simple, c'est la régularité d'action observée chez presque tous les malades de cette catégorie : dans l'intervalle de deux séances — deux jours en général — la gêne respiratoire disparaît pendant un temps de plus en plus long jusqu'à ce que le soulagement devienne définitif. Ce résultat, nous l'avons obtenu quelquefois très rapidement, en cinq ou six séances, d'autrefois plus difficilement en douze ou quinze séances. Nous n'avons jamais eu dans cette catégorie d'insuccès complet.

Arrivés à ce résultat, à un soulagement appréciable et continu, nous laissons le malade en expectation, d'abord pendant une semaine, puis durant des périodes de plus en plus longues. Aussitôt après la guérison, la muqueuse rétractée est rouge foncé ; elle reste ainsi pendant quelque temps, puis revient à l'état normal.

2° **Hypertrophie. Dégénérescence polypoïde.** — Lorsqu'on se trouve en présence d'une muqueuse blanche, molle, macérée, comme il arrive le plus souvent dans les cas de coryza chronique, de rhinorrhée ancienne, les choses se passent un peu différemment. Tout d'abord, l'effet de l'air chaud est beaucoup plus lent, ce qui s'explique facilement *a priori*, les tissus ayant perdu de leur élasticité.

Ici, ce qui frappe en premier lieu, c'est l'apparition presque immédiate d'un flux muqueux abondant dont le liquide a la consistance du blanc d'œuf. Si on continue l'application, on finit quelquefois par sécher la surface de la muqueuse qui se tend légèrement. Les orifices des tubes glandulaires ressortent en points rouges et font saillie, tels des piquets sur lesquels on aurait posé une toile non tendue : on dirait que la muqueuse s'efforce de se rétracter, mais que son atonie s'y oppose. D'autres fois, l'écoulement persiste et gêne considérablement pour faire l'application. Chez les malades de cette catégorie apparaissent souvent, au cours des insufflations, un larmolement profus avec des éternuements répétés qui entravent la pratique du traitement.

Suivant l'état plus ou moins avancé de dégénérescence de la muqueuse, les résultats sont plus ou moins rapides ; mais en

général, il faut un assez grand nombre de séances pour diminuer l'obstruction et l'on n'obtient pour ce symptôme, qu'une amélioration moyenne pas très durable.

Dans les cas favorables, au cours de l'application du traitement, on voit peu à peu la muqueuse de blanche devenir rosée, puis d'autant moins molle que son état de dégénérescence était moins avancé (observation XIX). Il est des cas, au contraire où, bien que les symptômes subjectifs cardinaux — éternuements et rhinorrhée — aient à peu près disparu, on ne peut arriver à modifier profondément la muqueuse, celle-ci ne possédant plus aucun ressort.

Queues de cornet. — Il va sans dire qu'avant d'entreprendre un traitement par l'air chaud, on doit débarrasser les fosses nasales des polypes muqueux qui peuvent s'y trouver et débayer le cavum des végétations adénoïdes volumineuses qui pourraient l'encombrer. Mais, dans plusieurs cas (observations I-VIII-XI-XII), nous nous sommes trouvés en présence de malades présentant une hypertrophie plus ou moins marquée des queues de cornet et nous nous sommes demandés, au début, quelle action modificatrice les applications d'air chaud pourraient bien avoir sur le volume de ces queues de cornet et dans quelles limites cette action pourrait devenir définitive.

C'est ainsi que nous avons fait des insufflations indistinctement sur toutes ces queues de cornet qu'elles fussent rouges ou blanches, en faisant agir le courant d'air chaud non seulement sur la partie antérieure des fosses nasales mais aussi plus profondément, à l'aide de la canule fine et longue n° 2, sur les queues de cornet elles-mêmes. Notant exactement, au moyen de la rhinoscopie postérieure, le volume de ces queues de cornet, avant et après la séance, nous avons pu nous rendre compte de l'effet produit par chaque application et aussi, à la longue, de l'effet d'ensemble.

Ces effets furent les mêmes que sur les pituitaires en état de dégénérescence, mais ils se trouvèrent exagérés dans un sens ou dans l'autre, ce qu'il est facile de concevoir si l'on songe à la nature du tissu de la queue de cornet. Dans les cas où il s'agissait d'une simple congestion ou d'une hypertrophie de date récente (queues de cornet rouges ou rosées), la rétraction

partielle ou totale qui se produisait rapidement au commencement de la séance, a pu demeurer définitive à la fin du traitement.

Dans les cas, au contraire, de queues de cornet blanches et molles il se produisait, à la fin de la séance, une rétraction plus faible. A la fin du traitement, alors que la pituitaire était déjà profondément modifiée, les queues de cornet étaient insuffisamment rétractées et l'obstruction nasale dont elles restaient seules la cause persistait en partie (voir observation VIII-XI-XII).

Les applications d'air chaud continuées indéfiniment n'auraient rien produit de plus ; et le parti le plus sage, avant de commencer le traitement chez les malades porteurs de queues de cornet blanches, est évidemment de faire l'ablation préalable de celles-ci. Dans les cas de queues de cornet congestionnées, rouges ou rosées, on pourra d'abord commencer le traitement, puis attendre les événements et agir en conséquence.

Il serait intéressant de faire la même expérience sur les végétations adénoïdes d'un développement restreint : nous avons quelques observations en cours sur ce sujet mais, insuffisamment précises pour les communiquer.

B. — Troubles sécrétoires.

Nous distinguerons, parmi les sécrétions nasales pathologiques que nous avons traitées :

- 1° *Les sécrétions normales mais augmentées en quantité ;*
- 2° *Les sécrétions muco-purulentes.*

Nous laisserons de côté pour le moment les sécrétions purulentes proprement dites.

1° Sécrétions normales mais augmentées en quantité.

— C'est le symptôme « hydorrhée » que l'on observe dans plusieurs affections telles que coryza chronique, la rhinite spasmodique et qui marche souvent de pair avec le symptôme objectif précédent : dégénérescence plus ou moins marquée de la pituitaire. Dès les premiers instants de l'application les sécrétions s'exagèrent : c'est la réaction déjà signalée qui se produit à cette période de défense de la muqueuse. La pra-

tique régulière du traitement arrive le plus souvent à triompher de l'hydrorrhée d'autant plus facilement que l'état de dégénérescence de la muqueuse est moins accentué.

Tout d'abord, c'est un épaissement en même temps qu'une diminution de l'écoulement du liquide qu'on constate : d'aqueux il devient franchement muqueux ; quelquefois même c'est une sécrétion muco-purulente qui apparaît et dure pendant quelques jours (observations III, V, X). Dans certains cas, ces sécrétions sèchent au fur et à mesure de leur production et constituent un amas plus ou moins considérable de petites croûtes jaunâtres qui obstruent partiellement la fosse nasale et occasionnent une démangeaison (voir observation III et XVIII). Ce symptôme est, en général, de bon augure ; la diminution est souvent la cessation de l'écoulement suivant de près son apparition.

L'écoulement nasal aqueux ou muqueux finit, en général, par disparaître comme nous l'avons dit (observations IV-IX-XI-XVII-XVIII-XIX). L'écoulement nocturne qui, dans l'hydrorrhée, gêne tant les malades qui ne peuvent dormir la nuit ou s'éveillent le matin sur un oreiller trempé, disparaît le premier.

2° Sécrétions muco-purulentes. — L'effet de l'air chaud sur les sécrétions muco-purulentes est beaucoup moins sûr et beaucoup moins actif. Nous avons néanmoins observé des améliorations survenues à la longue (observation VII). Dans ce cas, les sécrétions s'éclaircissent peu à peu d'abord et diminuent ensuite en quantité.

C. — Douleur.

Otalgie. — Nous avons étudié l'action de l'air chaud sur le symptôme douleur, sur l'otalgie et, hâtons-nous de dire que c'est là qu'a triomphé notre traitement avec le plus de sûreté. L'action de l'air chaud dans l'otalgie a toujours été positive, rapide, et souvent durable (voir observations I-II-V-VII-IX, XIII-XIV-XV). Remarquons en passant que l'otalgie n'est pas, à proprement parler, un symptôme relevant d'une affection de l'oreille. Au contraire, cette douleur est le plus souvent secon-

daire à des affections du nez, du pharynx, du rhino-pharynx et même du larynx. C'est ainsi qu'on constate fréquemment de l'otalgie au cours de la tuberculose laryngée (observation XV).

L'insufflation d'air chaud sur la région tubaire, à l'aide de la canule n° 2, fait en général disparaître l'otalgie en un petit nombre de séances. Une seule suffit parfois. Ce résultat peut s'expliquer par le fait de la révulsion produite sur la région. Cette révulsion, qui amène assez rapidement la sédation de la douleur, aurait pu, à la vérité, être obtenue par un autre moyen — l'emploi d'un caustique, par exemple — mais, dans ce cas, les malades auraient éprouvé quelques inconvénients, tels que douleur et écoulement abondant de sérosité, inconvénients qui n'existent pas avec l'emploi de l'air chaud.

Les douleurs névralgiques de la face qui accompagnent quelquefois l'otalgie, disparaissent généralement en même temps qu'elle.

D. — Eternuements, asthme et autres phénomènes réflexes.

Les éternuements cèdent, en général, facilement à la théromothérapie. Dans la rhinite spasmodique, ce sont eux qui, régulièrement, disparaissent les premiers (observations IX-XI-XIX). En tout cas, si l'on n'observe pas leur complète disparition, leur fréquence diminue vite dès les premières séances.

L'étouffement nocturne, l'asthme, sont plus lents à s'en aller. Nous n'avons d'ailleurs que peu d'observations précises sur ce point, sauf l'observation XVIII.

E. — Bourdonnements, surdité, vertiges, nausées, vomissements, etc.

Au cours de nos expériences et sans chercher à obtenir ces résultats, nous avons constaté, à la suite des applications d'air chaud sur la région tubaire, la disparition ou la diminution de bourdonnements d'oreille (observations V et XVI). Cette amélioration fut complète chez la malade XVI chez laquelle les bourdonnements d'ordre purement congestifs étaient dus à

une sténose tubaire catarrhale ; elle ne fut que partielle chez le malade V où l'on observa de la congestion surajoutée à de la sclérose avec ankylose des osselets. Chez XVI, on note la disparition complète des vertiges, nausées et vomissements. Chez un autre malade (observation XVIII), la cessation d'une sensation presque constante de constriction du pharynx.

La dilatation de l'orifice tubaire à la suite des applications d'air chaud faites, soit simplement sur la région du pavillon de la trompe à l'aide de la canule n° 2, soit à l'aide de la sonde d'Itard dans la trompe elle-même, amena aussi dans certains cas, une amélioration sensible de l'audition (observations II-IV-V-VII).

F. — Autres phénomènes.

En premier lieu, il nous faut citer l'action secondaire de l'air chaud sur le *catarrhe naso-pharyngien*, action qui s'explique par la disparition ou la diminution de l'hypersécrétion nasale (observations IV et XVIII).

Une conséquence plus lointaine mais de même ordre à signaler également, est l'amélioration apportée à la *dysphonie* (observation I). Notons aussi en passant l'amélioration partielle d'une anosmie (observation VII).

Enfin, nous ne devons pas passer sous silence un résultat heureux obtenu au fur et à mesure de l'application régulière du traitement chez les malades atteints d'obstruction nasale : nous voulons parler de la *décocaïnisation* (observation III).

Le soulagement momentané et rapide apporté aux personnes qui ne peuvent respirer par le nez, ont la voix nasonnée, dorment la bouche ouverte et ne peuvent parfois s'endormir facilement, a fait prendre à ces malades une habitude invétérée d'aspirer des solutions de moins en moins faibles de cocaïne par les fosses nasales. Or, sans parler de l'intoxication pouvant résulter de la cocaïnomanie, on constate chez ces malades qui ne peuvent se passer de cocaïne, pas plus que le morphinomane ne se passe de morphine, que la muqueuse, plus ou moins congestionnée, est flasque et ne peut plus réa-

gir que faiblement sous l'influence des solutions de cocaïne qui doivent par suite être de plus en plus concentrées.

L'élasticité de ces muqueuses diminue de jour en jour à cause de la fatigue de tension et de rétraction à laquelle elles sont soumises constamment et elles arrivent bientôt à un état de flaccidité plus ou moins marquée, état entraînant avec lui le cortège des inconvénients que l'on connaît.

Par l'application de notre traitement on substitue peu à peu l'air chaud à la cocaïne, substitution relativement facile puisque cet agent produit les mêmes effets physiques immédiats que la solution de cocaïne. D'autre part, ces effets ont une durée de plus en plus longue et bientôt le malade n'éprouve plus le besoin de faire usage de cette solution, puisqu'il est soulagé sans elle.

La décocainisation est de la sorte assez facile chez un malade suivant régulièrement le traitement, surtout si l'on est assez heureux pour commencer ce traitement avant que la muqueuse ne soit parvenue à un état trop avancé de dégénérescence.

VI. — Indications du traitement.

Si l'on passe en revue tous les symptômes sur lesquels a agi le traitement par l'air chaud, d'une manière plus ou moins rapide, plus ou moins active et plus ou moins définitive, et que l'on groupe les symptômes différents qui caractérisent certaines affections ou que l'on rencontre en même temps dans plusieurs d'entre elles, on pourra faire un tableau des maladies que ce traitement est capable de guérir ou d'améliorer.

La thermothérapie se trouve ainsi indiquée : 1° dans les *rhinites spasmodiques* de différentes natures ; *rhinites congestives* avec ou sans hypersécrétion et dont le symptôme prédominant est en tous cas l'obstruction nasale à balancement ou non ; *rhinites vaso-motrices*, ayant comme symptômes prédominants : *hydrorrhée*, *étternuements* ; *rhume des foins* présentant les symptômes précédents avec *asthme* et *larmolement* ;

2° Dans le *coryza aigu* et dans le *coryza chronique* mu-

queux ou muco-purulent qui est souvent accompagné de catarrhe naso-pharyngien et même de troubles laryngés ;

3° Dans les *otalgies* secondaires à des affections du pharynx, du nez et du larynx ou survenant au début de certaines poussées congestives qui sont parfois le premier stade de l'otite aiguë ;

4° Dans les *sténoses tubaires* récentes, entraînant avec elles les bourdonnements d'oreille et même la surdité.

Le début de nos expériences ne remonte qu'à huit mois. Un assez grand nombre de nos observations-types relatent des guérisons. Les malades auxquels elles se rapportent ont été revus récemment, pour la plupart, et, plusieurs d'entre eux sont guéris depuis quelques mois sans qu'il soit survenu aucun retour des symptômes pour lesquels ils étaient venus consulter.

D'autres observations sont moins heureuses, ainsi qu'on peut s'en rendre compte. Quoi qu'il en soit, on peut dire que toutes les otalgies ont été guéries facilement ; presque toujours les rhinites chroniques congestives se sont résolues ; de nombreux cas de rhinites spasmodiques ont été guéris ou améliorés. Enfin le traitement paraît donner de bons résultats au début du coryza aigu, dans le coryza chronique et dans les sténoses tubaires.

Nous ne citerons que pour mémoire et à titre de simple indication, quelques affections dans lesquelles nous expérimentons notre procédé ; les résultats de ces expériences, parfois heureux, n'ont aucune valeur pour le moment, ne correspondant pas à un assez grand nombre de cas.

C'est ainsi que nous expérimentons notre traitement sur les végétations adénoïdes peu développées et sur les adénoïdites, dans certains cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne et en particulier dans les suppurations de l'attique. Nous en avons même essayé l'emploi au cours des pansements pétro-mastoïdiens pour activer l'épidermisation et calmer les douleurs.

VII. — Contre indications du traitement.

Si le traitement par l'air chaud paraît donner, dans certaines affections que nous venons de citer, des résultats que nous sommes heureux de faire connaître, nous avons relevé par contre, au cours de nos expériences, de nombreux cas de non réussite et nous tenons à insister sur ce point.

Il est, en effet, très important, dans l'intérêt des malades et du médecin, et surtout pour l'avenir du procédé lui-même, que celui-ci ne soit pas appliqué à tort et à travers dans toutes les affections nasales ou naso-pharyngiennes. Dans beaucoup de cas, il serait inutile et il pourrait même être nuisible dans certains autres. En vouloir faire une panacée serait le vouer à une déconsidération rapide.

Nous croyons, en conséquence, de notre devoir d'insister d'une façon toute particulière sur les affections qui, dès à présent, nous paraissent ne pas devoir être traitées par la thermothérapie.

Ces affections sont naturellement et en première ligne, comme nous l'avons dit plus haut, les affections d'ordre purement chirurgical, telles que déformations et malformations du nez, déviations et crêtes de la cloison, synéchies nasales, végétations adénoïdes abondantes, polypes naso-pharyngiens ; polypes muqueux et dégénérescence polypoïde de la muqueuse nasale ; affections syphilitiques à différentes périodes, etc.

Si nous avons pu faire disparaître quelques symptômes appartenant aux affections auriculaires, tels que bourdonnements et surdité provenant de sténose tubaire, il est clair que l'on ne pourra, par contre, guérir de même des bourdonnements provenant d'une ankylose de l'étrier ou de la surdité due à une sclérose ancienne du tympan. Si nous avons pu diminuer l'intensité de catarrhes naso-pharyngiens chroniques provenant d'hypersécrétions nasales, il nous sera certainement impossible de porter remède, par le même procédé, à une affection identique chez un fumeur ou chez un buveur d'alcool.

De même pour l'asthme et l'étouffement dont l'amélioration

ne sera possible que dans les cas où ces symptômes seront le fait d'un réflexe d'origine nasale ou naso-pharyngienne.

De ce fait que la thermothérapie a fait disparaître l'otalgie dans certains cas, il ne s'en suit pas qu'elle fera disparaître les douleurs d'oreille survenant au cours d'une otite aiguë dans laquelle la rétention du pus dans la caisse exigera sur le champ la paracentèse du tympan.

VIII. — Observations.

Les observations que nous avons recueillies se rapportent, pour la plupart, à des malades d'hôpital ; mais ceux-ci ont été choisis parmi les plus intelligents et surtout les plus réguliers.

Tous ces malades, sans exception, ont été soumis par nous au traitement de l'air chaud à l'exclusion de tout autre.

Parmi ces observations, les unes sont *négatives*, l'air chaud ayant été inefficace dans le traitement des affections dont il s'agissait. Nous ne croyons pas devoir fatiguer le lecteur en nous étendant sur celles-ci et nous nous contentons d'en citer brièvement quelques-unes.

L'une d'elles se rapporte au sieur T... Adolphe, 48 ans, cocher, rhumatisant et souffrant de bourdonnements de l'oreille droite depuis dix ans. L'audition est encore bonne du côté malade. La montre est perçue à 0^m,30 et l'examen de l'oreille ne permet de constater qu'un léger épaissement de la membrane. La trompe d'Eustache est perméable. Le malade a la face congestionnée. Il est sobre. Il s'est à diverses reprises mis au salicylate de soude sans résultat. Le 15 mars 1900, on le soumet au traitement par l'air chaud (applications dans la fosse nasale et dans la région tubaire). On continue ainsi ce traitement régulièrement pendant une dizaine de séances sans obtenir aucun résultat appréciable.

Une autre observation est celle d'une jeune fille de 17 ans, L... Marie, ouvrière, qui vient nous consulter avec des végétations adénoïdes, un coryza chronique muco-purulent, un catarrhe naso-pharyngien chronique et une otite scléreuse gauche : les accidents auraient apparu, il y a un an, à la

suite d'une grippe. La malade mouche beaucoup, épais et jaune, et, depuis six mois, la voix est voilée : ses fosses nasales sont obstruées : elle respire la bouche ouverte et ronfle la nuit. L'oreille gauche est un peu dure. La muqueuse du nez, blanchâtre et molle, secrète un muco-pus abondant. Le pharynx est granuleux et il existe des végétations adénoïdes. Les bourrelets tubaires sont rouges et tuméfiés. Les tympanes, légèrement épaissis, manquent de transparence en particulier, à gauche. Les triangles lumineux ont disparu. A droite, l'audition est normale ; à gauche, la perception osseuse est médiocre et la perception aérienne de la montre est nulle. A partir du 3 février 1900, la malade est régulièrement traitée par l'air chaud pendant douze séances. Une amélioration partielle a été constatée pour la voix et les sécrétions ; mais, l'obstruction nasale et la surdité, n'ont subi aucun changement.

Une troisième observation est celle de M^{me} J..., 32 ans, domestique, qui a été prise brusquement il y a un mois, le 1^{er} décembre 1899, de bourdonnements de l'oreille gauche, en même temps que l'ouïe baissait progressivement de ce côté.

Or. G.	{	Montre-os = Bien.
		Montre air = 0 ^m ,15.
		Gellé = +
		Tympan enfoncé et légèrement luiteux, marteau mobile au Siegle.
		Trompe perméable.

A la suite de cathétérismes de la trompe et du massage du tympan l'audition s'améliore, les bourdonnements cessent mais pour reparaitre bientôt. Soumise au traitement par l'air chaud à partir du 8 février 1900 (applications dans la fosse nasale, dans la région tubaire et dans la trompe elle-même), pendant une dizaine de séances, la malade n'éprouve aucun soulagement. Elle fut guérie peu après au moyen de l'iodure et du bromure de potassium.

Une autre observation se rapporte à une malade de 28 ans, la nommée B... Pauline, ménagère, atteinte d'otite moyenne catarrhale chronique, avec bourdonnements d'oreille et surdité. Ces accidents, apparus peu après le sevrage d'un de ses

enfants, était accompagné de maux de tête fréquents et de vomissements. Rien dans le nez ni dans le pharynx. La montre os est à peine perçue à gauche et pas du tout à droite; la montre-air n'est entendue qu'au contact. La trompe est perméable. Les tympan et les manches du marteau sont mobiles au Siège. L'épreuve de Gellé est douteuse. Treize applications d'air chaud régulièrement faites à partir du 2 janvier 1900 n'ont apporté aucune modification sensible dans l'état de la malade.

Les observations positives, au contraire, sont celles dans lesquelles le traitement par l'air chaud a amené des guérisons ou tout au moins de notables améliorations.

Nous sommes heureux de constater que ces dernières observations, ont été beaucoup plus nombreuses que les précédentes et nous en reproduisons ci-après un certain nombre avec quelque développement.

OBSERVATION I

LÉSIONS : *Végétations adénoïdes. — Rhinite hypertrophique. — Catarrhe naso-pharyngien. — Laryngite subaiguë.*

SYMPTÔMES : *Otalgie gauche. — Obstruction nasale. — Dysphonie.*

M^{lle} G..... Alice, 20 ans, demoiselle de magasin. — Jeune fille de santé délicate, vient le 23 novembre 1899 à la clinique otorhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine consulter pour obstruction nasale datant de l'enfance et pour un enrouement remontant à cinq semaines.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. La malade souffre du froid aux pieds et d'une constipation habituelle. Les règles sont faibles et irrégulières. Dans son enfance, les oreilles ont coulé. Angines fréquentes.

A l'examen, le pharynx est rouge et granuleux.

Dans le cavum, végétations adénoïdes jusqu'à 1/3 vomer environ; queues de cornet inférieur, rétractiles à la cocaïne, blanchâtres des deux côtés.

Dans le nez, les cornets — en particulier les cornets inférieurs — sont tuméfiés et mous au toucher du stylet.

Les cordes vocales sont rosées. La région intéryténôïdienne est

tuméfiée ; les replis aryéno-épiglottiques sont légèrement épaissis.

Il existe du catarrhe naso-pharyngien chronique ayant amené de la laryngite consécutive.

Le 18 décembre, ablation des végétations adénoïdes sous anesthésie locale à la cocaïne.

La malade revient le 8 janvier 1900, gênée encore par l'obstruction nasale, mais moins qu'avant l'ablation des végétations adénoïdes. Elle se plaint depuis quelques jours de sifflements dans l'oreille gauche, avec douleurs et élancements surtout la nuit. Aucun signe objectif pathologique du côté des oreilles.

Le 9 janvier, première application d'air chaud sur les cornets inférieurs — trois minutes dans chaque fosse nasale — avec la grosse canule n° 1. Les parties antérieures et postérieures des cornets se rétractent rapidement sous l'action de la chaleur et la respiration nasale devient libre pendant quelques heures.

11 janvier. — 2^e séance à la suite de laquelle l'intensité des douleurs d'oreille diminue.

13 janvier. — 3^e séance.

22 janvier. — Les séances ont été interrompues depuis le 13 janvier et la malade revient dans le même état qu'au début : gêne de la respiration nasale ; douleurs de l'oreille gauche avec battements, élancements, surtout la nuit. — 4^e séance.

25 janvier. — 5^e séance. — trois minutes dans chaque fosse nasale (une minute avec la grosse canule n° 1 et deux minutes avec la canule fine n° 2, enfoncée jusque dans la région tubaire gauche).

27 janvier. — 6^e séance. — Soulagement notable : l'otalgie a disparu ; la voix est devenue un peu plus claire ; la respiration nasale est plus libre ;

3, 6, 8 février. — 7^e, 8^e et 9^e séances. — L'otalgie et les bourdonnements d'oreille ont complètement disparu. Il n'existe plus qu'une légère dysphonie l'après-midi. La respiration nasale est encore améliorée.

Objectivement les têtes de cornets inférieurs ont diminué de volume, mais, après rétraction, les queues de cornets que l'action de l'air chaud fait diminuer d'un tiers environ, ont encore le volume d'un haricot. Le catarrhe naso-pharyngien a disparu en grande partie. La muqueuse laryngée est moins rouge dans son ensemble mais, la tuméfaction aryénoïdienne persiste et l'on redoute de la tuberculose laryngée.

10 février. — 10^e séance. — Tout va bien excepté le larynx. On suspend le traitement pendant une semaine.

17 et 20 février. — 11^e et 12^e séances. — La malade se déclare guérie de son *otalgie gauche* et respire suffisamment par le nez. Devant l'insistance de M^{lle} G.... et malgré la présence des queues de cornets qui obstruent encore en partie la lumière des choanes, on suspend tout traitement sauf celui de l'affection laryngée.

5 mai. — La malade revient au bout de deux mois et demi. Le catarrhe naso-pharyngien a disparu. *Plus d'otalgie et de bourdonnements du côté gauche*. Mais l'obstruction nasale est revenue en partie, environ un mois après la cessation du traitement.

Il n'y a rien en cela qui puisse nous surprendre, étant donnée la présence des queues de cornets dont il est indispensable de faire l'ablation. En effet, tandis que la rétraction de la partie antérieure des cornets a persisté, la tuméfaction des queues de cornet s'est reproduite à nouveau, obstruant en partie les orifices choanaux.

OBSERVATION II

LÉSIONS : *Rhinite congestive chronique. — Catarrhe naso-pharyngien. — Catarrhe tubaire.*

SYMPTÔMES : *Mal de gorge. — Gêne de la respiration nasale. — Otolgie droite. — Surdité.*

M. B.... Jules, 25 ans, employé de commerce, se présente le 9 novembre 1899 à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pour mal de gorge avec sensation de sécheresse, gêne de la respiration nasale et otalgie droite accompagnée de surdité.

Ce malade, sans antécédents héréditaires ni personnels intéressants, n'a jamais souffert de troubles digestifs ni de troubles circulatoires. Il présente un catarrhe naso-pharyngien chronique datant de cinq ou six ans, accompagné depuis quatre ans et demi d'une diminution progressive de l'ouïe, surtout du côté de l'oreille droite qui ne perçoit le bruit de la montre qu'à 40 centimètres, tandis qu'il est perçu à gauche, à 50 centimètres.

Le pharynx buccal et nasal est rouge et secrète des mucosités assez abondantes. La pituitaire est congestionnée et tuméfiée, les cornets inférieurs en particulier sont hypertrophiés et légèrement mous au toucher du stylet.

La région tubaire est également rouge et tuméfiée surtout du côté gauche où il est impossible de faire le cathétérisme de la trompe. Le tympan gauche est à peu près normal, le tympan droit légèrement enfoncé et le manche du marteau ressort en rouge sur la membrane.

Le 24 novembre, on commence une application d'air chaud de trois minutes du côté droit seulement. L'effet du traitement sur ce malade est extrêmement rapide : dès le lendemain l'otalgie a diminué d'intensité. Après deux autres séances faites les 28 novembre et 1^{er} décembre, l'obstruction nasale est moins forte et, d'une séance à l'autre, se manifeste un soulagement partiel. Le cornet qui se rétracte fortement pendant l'insufflation apparaît encore gros et mou avant la séance, quoique considérablement diminué de volume.

5 décembre. — 4^e séance. — On commence les applications d'air chaud du côté gauche.

7 décembre. — 5^e séance. — Cinq minutes dans chaque fosse nasale. Le malade se plaint de douleurs de tête dans la région orbitaire et à la racine du nez. Dans les deux séances qui suivent, 9 et 11 décembre de même que dans les suivantes, on ramène la durée de l'application à trois minutes. Le catarrhe naso-pharyngien et le catarrhe tubo-tympanique ont à peu près disparu. *La respiration nasale est beaucoup plus libre. L'audition est sensiblement améliorée.*

$$\text{Montre air } \left\{ \begin{array}{l} \text{O.G} = 0^{\text{m}},70 \\ \text{O.D} = 0^{\text{m}},35. \end{array} \right.$$

Objectivement les cornets se sont considérablement rétractés et la lumière des fosses nasales est à peu près normale.

On continue néanmoins les applications d'air chaud les 19, 21 et 23 décembre 1899.

Le malade a été revu, à plusieurs reprises, depuis la cessation définitive du traitement, les 8 février, 17 mars et 26 avril 1908 : la guérison persiste.

OBSERVATION III

LÉSIONS : Rhinite hypertrophique. — Végétations adénoïdes avec catarrhe naso-pharyngien. — Catarrhe-tubaire.

SYMPTÔMES : Obstruction nasale. — Surdité.

M. H.... Ernest, 16 ans, vient consulter le 28 février 1900, pour insuffisance de la respiration nasale (dort la bouche ouverte, ronfle la nuit) et surdité de l'oreille gauche datant de trois ans. Pas de bourdonnements. Oreille droite intacte. Pharynx rouge et granuleux. Tuméfaction de la pituitaire surtout des cornets inférieurs, mous au toucher. Végétations adénoïdes de moyen déve-

loppement. Le tympan de l'oreille gauche est enfoncé ; le triangle lumineux a disparu.

Perception aérienne de la montre à G. = 0
 — osseuse — = Bien
 Rinne négatif
 Weber latéralisé à gauche.
 Tympan et marteau mobiles au Siegle.

19 mars. — L'ablation des végétations adénoïdes est faite à l'hôpital Saint-Antoine et, quatre jours, après le malade déclare entendre mieux de l'oreille gauche.

Le **31 mars** la montre est perçue à 4 centimètres à gauche mais, la respiration nasale, quoique meilleure, est loin d'être suffisante et le malade continue à dormir la bouche ouverte ; les cornets sont encore tuméfiés, en particulier, le cornet inférieur gauche ; les sécrétions nasales restent abondantes.

C'est dans cet état que nous soumettons le jeune H. à l'action de l'air chaud à partir du 3 avril (trois minutes dans chaque fosse nasale).

Au bout de trois séances, 3, 5 et 7 avril la respiration nasale devient beaucoup plus libre : le malade ne ronfle plus la nuit et le reste du temps il n'a plus la bouche ouverte.

Montre air $\left\{ \begin{array}{l} \text{O.G} = 0^{\text{m}},30 \\ \text{O.D} = 0^{\text{m}},90. \end{array} \right.$

Sécrétions nasales normales.

Disparition du catarrhe naso-pharyngien. Pituitaire beaucoup moins enflammée. Cornets considérablement rétractés.

Quelques applications d'air chaud tout néanmoins faites ensuite et le 23 avril, *l'oreille gauche entend la montre à 40 centimètres.*

Le malade a été revu le 23 mai : la guérison a persisté.

OBSERVATION IV

LÉSIONS : *Rhinite spasmodique à forme congestive.*

SYMPTÔMES : *Obstruction nasale à bascule.*

Le Dr ... âgé de 33 ans, a souffert dans l'enfance de coryzas fréquents avec obstruction nasale passagère. Il a présenté de tout temps des troubles vaso-moteurs, froid aux pieds, moiteur constante des mains. La muco-purulence de l'écoulement céda aux

lavages du nez. Depuis quatre ou cinq ans, les coryzas sont beaucoup moins fréquents, mais il se produit souvent, notamment sous l'influence du froid aux pieds, du passage d'un lieu chaud dans un endroit froid, des poussées congestives amenant l'obstruction nasale, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sans augmentation notable des sécrétions. Le malade est tellement incommodé qu'il remédie à cet état de choses, depuis trois ans environ, par l'emploi de la cocaïne à dose très faible.

La pituitaire est rouge, tuméfiée, en particulier celle des cornets inférieurs qui sont mous au toucher. Il n'existe pas d'hypertrophie des queues de cornet; seul, le bord postérieur de la cloison apparaît épaissie du fait du boursoufflement de la muqueuse des deux fosses nasales.

Le 4^{er} février 1900, le Dr X... est soumis aux applications d'air chaud, à intervalles un peu irrégulier; neuf séances sont faites avec reproduction des mêmes effets après chacun d'elles: rétraction rapide de la muqueuse et soulagement immédiat analogue à celui produit par l'aspiration de la cocaïne. La durée de cette rétraction et, par suite du soulagement, augmente peu à peu, et, le 20 mars, le malade a suffisamment respiré par le nez depuis la dernière séance faite huit jours auparavant; il n'a pas eu besoin de faire emploi de la cocaïne.

Le Dr X... se plaint depuis quelques jours de la présence, à l'entrée des fosses nasales, de petites croûtes jaunes, constituées par un amas de sécrétions séchées sur place et qui entravent la liberté de la respiration nasale. Ces croûtelles se forment surtout en abondance les jours où ont eu lieu les applications d'air chaud.

De nouvelles séances sont faites les 20 et 27 mars, 3 et 5 avril. A cette époque on interrompt le traitement jusqu'au 1^{er} mai époque à laquelle on constate que la respiration nasale est suffisante. Pendant la période de repos, le malade n'a eu à se plaindre qu'une ou deux fois d'enclenchement de courte durée (une demi-heure environ), obstruction passagère survenant, le plus souvent, le soir, et disparaissant avec la chaleur du lit. Cette gêne légère a toujours succédé à du froid aux pieds.

12 mai. — Le malade sans être tout à fait guéri par ce traitement exclusivement local, se trouve très notablement soulagé au bout d'une quinzaine de séances et ne s'est plus jamais trouvé dans la nécessité de faire usage de la cocaïne.

OBSERVATION V

LÉSIONS : *Ankylose des osselets. — Sténose tubaire. — Rhinite congestive.*

SYMPTÔMES : *Surdité et bourdonnements de l'oreille gauche. — Otalgie gauche. — Obstruction nasale gauche.*

M. O.... Paul, 48 ans, employé à l'Administration de l'Assistance Publique, vient nous consulter à Saint-Antoine le 6 janvier 1900.

Depuis un an ou deux, éprouve de temps en temps dans l'oreille gauche une violente douleur au réveil, au moment précis où il détache la tête de l'oreiller. Depuis deux ou trois ans entend moins bien de cette oreille et, depuis une quinzaine de jours, perçoit des bourdonnements de ce même côté.

Rien de particulier dans le pharynx. Dans le cavum, la voûte est rouge, un peu gonflée; les bourrelets tubaires sont volumineux.

Or. dr. — Membrane opaque, laiteuse, dépolie, très enfoncée; triangle lumineux flou; marteau très oblique. La membrane n'est mobile au Siegle que dans le quadrant postéro-supérieur, le marteau est immobile.

Or. g. — Membrane opaque mais moins qu'à droite, dépolie, enfoncée; triangle lumineux flou; marteau presque couché. Membrane mobile au Siegle seulement dans le quadrant postéro-supérieur; manche du marteau immobile.

La perception osseuse est restée bonne des deux côtés: l'acoumètre et la voix basse sont perçus à 3 mètres et plus; le Rinne est positif; le Weber est latéralisé à gauche; le Valsalva passe faiblement à droite et nullement à gauche.

Le malade est soumis aux gargarismes et aux inhalations sans résultat; le cathétérisme ne peut être fait, car il provoque de petites hémorrhagies à chaque tentative. Les bourdonnements continuent aussi intenses à gauche (bruit de roulement de voitures).

Le 25 janvier première application d'air chaud de trois minutes dans la fosse nasale gauche. Le 30 janvier et le 3 février autres séances de même durée. Les bourdonnements ont cessé pendant deux jours sur quatre; les deux derniers jours, ils ont été beaucoup moins intenses, sauf un soir où le malade, obligé de veiller, s'était couché fort tard.

6 février. — 4^e séance. — Sur trois jours n'a ressenti qu'une

seule fois, avant de se coucher, vers minuit, des bourdonnements qui ont duré dix minutes environ.

La respiration nasale est beaucoup plus facile à gauche.

8 février. — 3^e séance. — Un soir encore, bourdonnements légers, mais survenus à la suite d'une violente discussion.

10 février. — 6^e séance. — Pas de bourdonnements depuis la dernière application. Les 15, 20 et 22 février, 7^e, 8^e et 9^e séances, période dans laquelle aucun bourdonnement n'est apparu.

Le 8 mars, le malade revient sans avoir fait aucun traitement depuis quinze jours et sans avoir rien changé à ses habitudes. — La respiration nasale est demeurée libre. — Deux ou trois fois sont apparus de légers bourdonnements, en coïncidence avec une veillée ou un excès de travail.

Les 8 et 13 mars. — 10^e et 11^e séances. — M. O... n'a perçu aucun bourdonnement depuis deux jours malgré l'exécution d'un travail d'écritures très pénible et très long qui a duré jusqu'à minuit.

15 mai. — Revu le malade qui n'a suivi aucun traitement depuis deux mois.

Plus d'otalgie ni de bourdonnements, malgré les travaux du soir qui n'ont pas manqués pendant cette période. La respiration nasale est restée libre. Le cornet inférieur gauche est encore un peu rouge, mais n'est plus assez tuméfié pour obstruer la lumière de la fosse nasale.

Il y a lieu de remarquer, chez ce malade, que l'audition n'a pas changé. Nous nous y attendions, l'air chaud ayant exercé son action sur les phénomènes aigus surajoutés aux lésions chroniques mais s'étant montré complètement inefficace sur ces dernières.

OBSERVATION VI

LÉSIONS : *Rhinite congestive.*

SYMPTÔMES : *Obstruction nasale double.*

F..... Louis, 27 ans, mouleur dans une fonderie de fonte, n'a jamais été malade. Il se présente le 20 février 1900 à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine avec une gêne de la respiration du nez datant d'un an et survenue à la suite d'un coryza, qui ne prenait pas fin. La gêne est moindre le jour que la nuit pendant laquelle il dort la bouche ouverte. Le matin au réveil la bouche est sèche et mauvaise. Les sécrétions nasales assez abondantes sont aqueuses.

Pharynx peu enflammé mais sec et lisse. Cavum libre. Cornets, en particulier cornets inférieurs rouges et tuméfiés à la partie antérieure et jusque vers les choanes; pas d'hypertrophie des queues de cornet.

Rien du côté des oreilles.

Le 22 février 1900 on soumet le malade à l'action de l'air chaud. Au bout de trois séances, les 22, 26 février et 1^{er} mars, il se déclare soulagé. Le jour il ne ressent plus aucune gêne; la nuit il ne dort plus la bouche ouverte. L'écoulement nasal est toujours fluide et clair, mais moins abondant. A l'examen — avant de commencer la 4^e séance — les cornets inférieurs de chaque fosse nasale sont déjà beaucoup moins volumineux qu'avant le traitement.

Les 3, 6 et 10 mars. — 4^e, 5^e et 6^e séances à la suite desquelles le malade se déclare guéri: la muqueuse est rétractée.

12 mai. — F..... est revenu nous voir dans le même état, *c'est-à-dire* guéri malgré l'apparition d'un coryza aigu qui a duré une douzaine de jours et n'a laissé à sa suite aucune gêne.

OBSERVATION VII

LÉSIONS: *Coryza chronique mucopurulent.* — *Otite catarrhale aiguë.*
 SYMPTÔMES: *Otalgie.* — *Obstruction nasale à bascule.* — *Anosmie.*
 — *Hypersécrétion nasale.* — *Surdité.* — *Bourdonnements.*

M.... Henri, 35 ans, boucher, s'est présenté pour la première fois à la consultation le 20 juin 1899 pour obstruction nasale avec sécrétion muco-purulente profuse et anosmie datant de six mois environ. Il a été soigné pendant quelque temps au moyen de lavages du nez, pommade, etc., sans résultat, puis il a cessé tout traitement.

Le 28 novembre, il revient, se plaignant de l'accentuation des premiers symptômes pour lesquels il était venu consulter tout d'abord et de l'apparition depuis une quinzaine de jours de douleurs intenses de l'oreille gauche et de surdité accompagnée de bourdonnements de ce même côté.

Le pharynx est rouge; le cavum plein de mucosité épaisses dans la fosse nasale gauche. Dégénérescence polypoïde du cornet moyen; à droite, hypertrophie du cornet inférieur, crête assez volumineuse de la cloison. Trainées muco-purulentes abondantes surtout du côté gauche.

Le tympan de ce même côté est rouge sans être bombé, le manche du marteau injecté. Perception osseuse, bonne; perception aérienne de la montre = 0. Oreille droite normale.

28 novembre 1899. — Première application d'air chaud de trois minutes dans la fosse nasale gauche. A la suite de cette première séance, le malade s'est trouvé comme abasourdi pendant toute l'après-midi.

1^{re}, 5 et 7 décembre, 2^e, 3^e et 4^e séances avec la grosse canule n^o 1 puis la canule fine n^o 2 jusque dans le voisinage du pavillon tubaire, séances à la suite desquelles le malade est légèrement soulagé : il respire plus librement par le nez : les bourdonnements sont moins violents du côté de l'oreille malade dont le tympan apparaît moins enflammé. L'écoulement muco-purulent n'est pas sensiblement modifié.

9, 11 et 16 décembre. — 5^e, 6^e et 7^e séances. — Amélioration sensible : l'oreille gauche a changé d'aspect ; le tympan n'est plus injecté et a presque repris son aspect normal ; la montre est perçue à 20 centimètres.

19 et 21 décembre. — 8^e et 9^e applications dans la fosse nasale gauche.

23 décembre. — 10^e séance, cinq minutes du côté gauche, dix minutes du côté droit.

26 et 30 décembre. — 11^e et 12^e séances, cinq minutes dans la fosse nasale droite.

2 janvier 1900. — L'oreille va tout à fait bien et peut être considérée comme guérie ; il ne persiste localement qu'une légère rougeur de la membrane. Plus de douleur, plus de bourdonnements.

O.G } Montre air = 0^m,50.
O.D }

Les sécrétions sont moins épaisses et moins abondantes.

8, 15 janvier et 3 février. — 13^e, 14^e et 15^e séances. Les fosses nasales sont beaucoup plus propres, la *respiration est libre*.

3 février. — 16^e séance. — L'odorat revient à gauche.

Le malade a été obligé d'interrompre le traitement à cause d'un chargement de résidence. Il a été revu le 5 avril dans le même état.

OBSERVATION VIII

LÉSIONS : *Rhinite congestive*. — *Hypertrophie des queues de cornet*.

SYMPTÔMES : *Gêne de la respiration nasale*. — *Bourdonnements dans l'oreille gauche*.

D^r O..... 26 ans, sujet dans sa première enfance à des maux de gorge fréquents. Manifestations arthritiques diverses (poussées d'entéro-colite muco-membraneuse). La gêne de la respiration

nasale remonte environ à une douzaine d'années. Au cours de l'évolution chronique de l'affection, coryzas aigus fréquents amenant l'obstruction complète des fosses nasales, et s'accompagnant de poussées d'amygdalite et de rougeur généralisée de l'arrière-gorge.

Il y a un peu plus de deux ans apparaissent les bourdonnements de l'oreille gauche, que le malade compare au grésillement produit par la combustion du bois vert, et une surdité progressive de cette même oreille. Y aurait-il une relation entre l'origine de cette affection et un coup de fusil tiré très près de l'oreille ? Le malade croit se souvenir que les bourdonnements ont eu cet accident pour point de départ.

Il y a deux ans M. O.... a consulté l'un de nous qui a prescrit des lavages du nez et du pharynx avec de l'eau très chaude, et des attouchements à la glycérine iodo-iodurée.

Le 15 mars 1900, la muqueuse du nez est rouge et tuméfiée surtout à gauche mais sans dégénérescence accentuée ; à droite, crête légère de la cloison ; pharynx rouge et granuleux ; amygdales non hypertrophiées, mais adhérentes aux piliers, cavum libre, mais rouge et couvert de sécrétions muqueuses blanches et épaisses. En haut quelques traces de végétations adénoïdes rétractées ; bourrelets tubaires rouges et tuméfiés. Queues de cornet hypertrophiées blanchâtres, rétractiles à la cocaïne et à l'air chaud.

Oreille droite normale.

Oreille gauche : tympan légèrement enfoncé mais transparent ; triangle lumineux conservé ; manche du marteau rouge ; petite plaque de sclérose vers l'ombilic.

La perception osseuse est bonne à droite, médiocre à gauche. La perception aérienne est de 80 centimètres à droite et de 2 centimètres à gauche. Le Rinne est positif des deux côtés. Le Weber est difficile à latéraliser, mais il semble devoir l'être du côté de l'oreille malade.

Le 15 mars, on commence des applications d'air chaud qui sont continuées les 17, 20, 24, 27 mars et 5 avril. Objectivement, l'effet produit par ces cinq applications successives d'air chaud est très net. Toute la partie antérieure des fosses nasales se rétracte et se décongestionne ; les sécrétions n'ont plus la même consistance : elles s'épaississent et deviennent même croûteuses durant quelques heures après l'insufflation. Cependant le malade n'accuse aucune atténuation de la gêne respiratoire, c'est que le tissu des queues de cornet, en état de dégénérescence accentuée, a perdu la plus grande partie de son élasticité et n'est plus susceptible de prendre une

aussi grande part à la rétraction produite par l'air chaud sur le reste de la muqueuse du cornet. On prend alors le parti de faire ce par quoi l'on aurait dû commencer : l'ablation des queues de cornet.

Cette oblation, faite en deux séances les 6 et 8 avril a eu pour effet de soulager notablement le D^r O..... respire mieux et ne dort plus la bouche ouverte. Il mouche normalement en quantité des mucosités quelque peu épaisses, expectore légèrement le matin : On commence quelques nouvelles applications d'air chaud qui semblent indiquées pour venir à bout de ces petits inconvénients.

OBSERVATION IX

LÉSIONS : *Rhinite spasmodique.*

SYMPTÔMES : *Rhinorrhée. — Eternûments. — Otalgie gauche.*

M^{me} D..... Marie, 47 ans, caissière, est une femme nerveuse, rhumatisante et qui souffre depuis plusieurs années de crises d'éternûments et d'hydrorrhée durant dix minutes environ et se répétant toutes les heures pendant deux ou trois jours de suite. Ces crises surviennent régulièrement une fois par mois au moment des règles, souvent même une ou deux fois par semaine : dans ce dernier cas elles sont moins graves. Le flux nasal est presque toujours issu de la fosse nasale gauche. L'œil gauche pleure et la moitié de la face du même côté se gonfle. En même temps apparaît une névralgie de cette même région et en particulier du globe de l'œil avec photophobie accentuée. Les douleurs névralgiques vont en augmentant jusqu'à ce que la malade se mette au lit : seulement alors elle se trouve soulagée.

Cet état de choses durait depuis plusieurs années, lorsque apparut, il y a quelques semaines, une douleur de l'oreille gauche qui, d'abord légère, s'exagéra bientôt surtout la nuit au point d'empêcher le sommeil. Depuis quelques jours cette douleur, sans s'accroître, est devenue plus constante ; elle est particulièrement intense au moment du coucher.

Le pharynx est congestionné. Le cavum est libre. La pituitaire est légèrement boursouflée, mais peu hypertrophiée ; elle est néanmoins molle au toucher du stylet ; dégénérescence polypoïde du cornet moyen gauche.

L'oreille droite est normale. La membrane tympanique gauche, épaissie, manque de transparence ; le triangle lumineux a

disparu ; la perception osseuse est assez bonne ; la montre air est entendue à 20 centimètres.

On soumet la fosse nasale gauche de la malade à l'action de l'air chaud à partir du 10 février.

Les 13, 15, 17, 20 et 22 février on fait une 2^e puis 3^e, 4^e, 5^e et 6^e applications.

Le 25 février — date ne coïncidant pas avec l'apparition des règles — M^{me} D.... est prise d'éternûments beaucoup moins violents qu'auparavant et du côté droit, côté opposé à celui précédemment atteint.

On applique alors le courant d'air chaud à droite dans les méats inférieur et moyen — les 1^{er} et 3 mars nouvelles applications des deux côtés.

Le 10 mars les règles apparaissent. On se hâte, après huit jours de repos, de reprendre le traitement.

Le 12 mars, crise extrêmement légère ; quelques rares éternûments ; écoulement peu abondant du côté droit. Cette crise, incomparablement moins forte que les précédentes, n'a duré qu'une matinée. Les maux de tête ont fait défaut et l'otalgie n'a pas reparu.

Les 12, 15 et 17 mars. — 10^e, 11^e et 12^e séances.

Le 12 mai revu la malade qui vient d'avoir ses règles. De même que le mois précédent cette période s'est passée sans aucun accident. *Pas d'éternûments, pas d'hyrorrhée.* A encore de temps en temps un très léger élancement dans l'oreille gauche rappelant de loin les anciennes douleurs. Localement la muqueuse est rétractée ; les cornets sont plus fermes au touchet du stylet.

OBSERVATION X

Hydrorrhée nasale.

S..., 38 ans, argentier. Père et mère bien portants. N'a jamais été malade. Deux frères dont l'un est bien portant et l'autre vient de mourir à l'âge de 47 ans.

Depuis un an environ, un flux aqueux s'écoule presque sans interruption par les fosses nasales en si grande abondance que l'oreiller est trempé le matin au réveil. Les crises (2 ou trois par jour) durent 3 ou 4 heures chacune. Ce flux nasal est en général accompagné de larmolements.

Parallèlement à cette affection s'est établi un état nerveux particulier. Le malade a commencé à perdre la mémoire. Il paraît

stepper en marchant. Les réflexes rotuliens sont conservés et plutôt exagérés. Pas de tremblement.

Localement la pituitaire est rouge et boursoufflée par places, blanchâtre à d'autres; crête importante de la cloison à droite.

Le 26 décembre 1899 on fait une 1^{re} application d'air chaud de 3 minutes dans chacune des 2 fosses nasales (méats moyen et inférieur).

Les 30 décembre 1899 et 2 janvier 1900, 2^e et 3^e séances à la suite desquelles le malade accuse un soulagement; le jour il se mouche moins souvent et la nuit il n'est plus obligé comme par le passé de conserver un mouchoir à côté de lui pour éponger l'humidité nasale presque constante; son oreiller n'est plus mouillé au réveil.

6 janvier. — 4^e séance. — Pas de rhinorrhée la nuit. Le malade dort bien. Dans la journée plus d'écoulement aqueux; les sécrétions sont épaissies. S... se mouche beaucoup moins fréquemment.

Les 9 et 11 janvier, 5^e et 6^e séances après lesquelles on interrompt le traitement pendant 15 jours.

27 janvier. — Le malade revient tout à fait soulagé, il se mouche, dit-il, comme tout le monde. Il n'existe plus guère qu'un léger flux aqueux provoqué par la fraîcheur du matin quand il se rend à l'hôpital.

Nous n'avons pu revoir le malade depuis la fin janvier et nous ignorons si la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XI

LÉSIONS : *Rhinite spasmodique. — Hydrorrhée nasale. — Végétations adénoïdes.*

SYMPTÔMES : *Flux nasal abondant. — Éternûments. — Obstruction nasale. — Crises d'asthme. — Anosmie.*

M^{me} S... Pauline, 27 ans. Infirmière, a eu la variole à 9 ans, la diphthérie à 17 ans et un érysipèle à 24 ans. Régliée à 14 ans, régulièrement depuis. Père et mère bien portants, non rhumatisants. Un frère mort tuberculeux il y a 18 mois. A encore 7 frères et sœurs bien portants. Rien de particulier dans la famille au point de vue nerveux. N'est pas très nerveuse elle-même.

Il y a un an apparurent des éternûments qui prenaient la malade au réveil; la nuit elle s'éveillait souvent en éternuant. Le

matin les crises se succédaient à environ un quart d'heure d'intervalle et chaque crise comportait une douzaine d'éternuements rapprochés. Pas de crises l'après-midi en général. Les éternuements étaient, à cette période, le seul symptôme de la rhinite spasmodique; pas de larmolement, pas d'écoulement. Un mois après l'apparition des éternuements, survint un flux nasal aqueux se produisant tantôt par une fosse nasale, tantôt par l'autre. Cette rhinorrhée fut, au début, particulièrement abondante, le matin et la nuit: le matin la malade s'éveillait sur un oreiller trempé.

A ce moment des injections d'eau boricuée chaude ont apporté un peu de calme sans guérir.

Les choses sont restées en l'état pendant un an environ. Depuis un mois, M^{me} L... est prise de véritables crises d'asthme, de quintes de toux rauques et suffocantes qui l'empêchent de respirer et l'obligent à s'asseoir sur son lit, en proie à des angoisses causées par le manque d'air.

La malade déclare incidemment qu'elle a maigri de 10 livres depuis 6 mois.

A perdu le goût des aliments. Anosmie complète. Gêne considérable de la respiration nasale. Bouche sèche au réveil.

Examen. — Pharynx à peu près normal; amygdale droite hypertrophiée. Végétations adénoïdes surtout à la partie médiane la voûte du cavum. Hypertrophie des queues de cornet en particulier à droite.

La pituitaire est en état de légère dégénérescence; quoique peu hypertrophiée, elle est blanchâtre et macérée, et les cornets inférieurs sont mous au toucher du stylet. Rien du côté des oreilles.

Le 6 mars 1900, on commence à expérimenter l'action de l'air chaud sur cette malade espérant la soulager, mais non la guérir avant d'avoir fait l'ablation des végétations adénoïdes et peut-être même des queues de cornet.

Les 6 et 8 mars, 1^{re} et 2^e séances. — Applications de 3 minutes d'air chaud dans chaque fosse nasale. Après l'application, les cornets qui étaient blancs et mous avant la séance, se rétractent, deviennent roses; la muqueuse apparaît plus sèche et hérissée de petits points rouges formés par les extrémités des tubes glandulaires. Bientôt, au cours de l'application apparaît un écoulement abondant de liquide clair, visqueux et semblable à l'albume du blanc d'œuf, écoulement qui dure environ une heure. Cette période d'excitation est suivie par une période de calme durant laquelle la malade mouche et éternue beaucoup moins; l'apaisement s'est manifesté après la première séance.

10 mars. — 3^e séance. — La malade n'a pas éternué depuis avant-hier mais l'écoulement n'a pas diminué.

13 mars. — Les 1^{er} et 2^e jours des règles, pas d'écoulement ni d'éternuement. Le 3^e jour ceux-ci ont repris avec autant de force qu'avant le traitement.

15 et 17 mars. — 5^e et 6^e séances. — Un jour et une nuit de repos. C'est la première fois que la malade est tranquille durant une nuit entière.

20 et 24 mars. — 7^e et 8^e séances. — Deux jours et deux nuits de repos absolu. Ni éternuement ni écoulement. Celui-ci n'est réapparu que la troisième nuit et les éternuements ce matin.

31 mars. — Après une semaine sans traitement, la malade revient notablement soulagée. Elle n'a pas eu d'éternuement au cours de cette période. L'écoulement nasal n'a eu lieu que pendant une demi-heure environ après le lever ; cet écoulement, léger, ne se produit presque exclusivement que du côté gauche.

La respiration nasale est devenue plus facile ; la bouche n'est plus aussi sèche au réveil. Localement la pituitaire est encore blanche, mais elle est moins molle et surtout moins hypertrophiée.

Les végétations adénoïdes et les queues de cornet n'ont subi aucune modification sensible. Les crises d'asthme subsistent encore. Ni le goût ni l'odorat ne sont revenus.

3 et 5 avril. — 10^e et 11^e séances.

26 avril. — Trois semaines sans traitement. — Revient dans le même état.

Les 3 et 5 mai on fait une 12^e et une 13^e séance sans plus de résultat. Dans ces conditions on décide l'ablation des végétations adénoïdes et des queues de cornet.

Quoi qu'on n'ait pu obtenir chez cette malade une guérison complète, il est intéressant de noter une amélioration considérable de son état malgré la situation extrêmement désavantageuse, créée en partie et entretenue par les végétations adénoïdes dont il est rationnel de faire tout d'abord l'ablation dans les cas similaires avant de commencer le traitement par l'air chaud.

OBSERVATION XII

LÉSIONS : *Rhino-pharyngite catarrhale chronique. — Crête de la cloison. — Queues de cornets à bascule.*

SYMPTÔMES : *Hemmage. — Obstruction nasale.*

M... Gustave, 32 ans, souffleur de verre.

Nous ne citons cette observation, analogue à plusieurs autres,

qu'à cause de l'expérience suivante que nous avons faite en cours de traitement.

M. M... souffre encore d'une obstruction nasale, même après l'ablation d'une crête de la cloison, faite à l'hôpital Saint Antoine : il existe de la rhinite hypertrophique antérieure et des queues de cornet.

Les 30 janvier, 3, 6, 8, 10, 13, 15 et 20 février, applications d'air chaud qui apportent au malade un soulagement régulier et d'une durée de plus en plus longue, à la suite de chaque séance en ce qui concerne la respiration nasale. Mais, avant de commencer l'application, on note toujours une recrudescence de la gêne respiratoire qui pourtant a diminué légèrement depuis le traitement ; les queues de cornet sont un peu moins grosses. On interrompt les applications d'air chaud et on les remplace par des courants d'air froid de même durée et appliqués dans les mêmes conditions. Ces courants produisent sur les queues de cornet une rétraction analogue à celle que produisait une solution faible de cocaïne ou l'air chaud lui-même, avec la réaction en moins ; et, le malade respire un peu mieux ; mais le soulagement dure quelques heures seulement et sa durée n'augmente pas d'une séance à l'autre comme avec l'air chaud.

Cette expérience nous permet de vérifier deux faits : 1° l'extrême sensibilité à tout changement de température, pour ainsi dire à tout changement de sensation, de ces queues de cornet blanchâtres, très rétractiles, mais absolument irréductibles ; 2° l'action propre de l'air chaud, sur la muqueuse qui est non seulement moins éphémère que celle des autres agents, mais a en outre pour effet de modifier profondément les tissus qui conservent plus ou moins l'empreinte de son passage.

De même que dans l'observation précédente il y a lieu ici de procéder à l'ablation des queues de cornet, et, c'est par là qu'on aurait dû commencer.

OBSERVATION XIII

LÉSIONS : Catarrhe naso-pharyngien. — Végétations adénoïdes.

SYMPTÔMES : Surdité. — Bourdonnements. — O'algie gauche.

Le jeune C... Henri, âgé de 16 ans, opéré dans le service le 27 avril 1899 de végétations adénoïdes revient à la consultation le 10 février 1900 se plaignant de moucher beaucoup et épais et accusant en même temps une douleur violente de l'oreille gauche

par élancements survenant la nuit et le jour et s'accompagnant de bourdonnements en jets de vapeur et d'une diminution légère de l'ouïe.

A l'examen les muqueuses du nez et du pharynx apparaissent congestionnées, le cavum est parfaitement libre.

L'oreille droite est normale. Le tympan gauche ne montre aucune lésion marquée. La perception osseuse est bonne de ce côté; la montre air est perçue à 15 centimètres.

Après 3 applications d'air chaud dans la fosse nasale gauche, partie antérieure et régions choanale et tubaire, faites les 13, 15 et 17 février 1900, l'otalgie gauche et les bourdonnements ont considérablement diminué, surtout la nuit.

Les 20 et 22 février nouvelles applications d'air chaud à la suite desquelles tous les symptômes pour lesquels le malade est venu consulter ont disparu.

Du côté gauche la montre air est perçue à 30 centimètres.

8 mai. — C... revient après deux mois et demi d'absence; pas de catarrhe nasal ni de douleurs d'oreille pendant cette période. Plus de bourdonnements à l'exception d'une ou deux fois où il a ressenti un léger sifflement peu gênant d'une durée d'une ou deux minutes. L'audition est restée la même.

OBSERVATION XIV

LÉSION : *Otite sèche.*

SYMPTÔMES : *Otalgie droite. — Surdité.*

M^{lle} L... Lina, 31 ans, femme de chambre, est légèrement sourde de l'oreille droite depuis deux ans; ses oreilles n'ont jamais coulé; elle n'a jamais été gravement malade. Vient le 27 janvier 1900 à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine pour une douleur de l'oreille droite accompagnée de névralgies de la nuque et du côté droit de la face. Ces douleurs, survenues il y a deux mois à la suite de la grippe, sont intermittentes et varient d'intensité: elles ont résisté à l'antipyrine. A l'examen, rien de particulier du côté du nez ni du pharynx; pâleur accentuée des muqueuses buccales et pharyngées. Les deux tympans sont également laiteux, épaissis, opaques et enfoncés; les manches de marteau sont presque horizontaux.

Or. D. Perception osseuse de la montre: nulle; perception aérienne = 0^m,01.

Or. G. Montre air = 0^m,25; Montre os = médiocre.

La malade est soumise à l'action de l'air chaud à partir du 27 janvier 1900 et, au bout de deux applications faites les 27 et 30 janvier les douleurs d'oreille ont notablement diminué. L'audition est devenue un peu meilleure à droite.

Or.Dr. { Montre os = Très légèrement à la pointe de la mastoïde.
 { Montre air = 0m,05.

Les 3 et 6 février. — 3^e et 4^e séances à la suite desquelles la malade n'a plus souffert qu'une seule fois en deux jours.

Les 8, 10, 13 et 20 février, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e séances. La malade très soulagée ne ressent plus aucune douleur dans la tête ni dans l'oreille. Même état de l'ouïe.

29 mars. — On revoit la malade qui n'a plus souffert de l'oreille mais a eu parfois des douleurs névralgiques n'ayant pas le même caractère que les précédentes et ayant cédé facilement à l'antipyrine. L'ouïe, cela va sans dire n'avait subi, aucun changement.

OBSERVATION XV

Otalgie au cours d'une laryngite tuberculeuse.

M. P... Henri, 22 ans, employé des ponts et chaussées, est en traitement à l'hôpital Saint-Antoine, salle Béhier, pour tuberculose pulmonaire et vient se faire soigner à la clinique oto-laryngologique pour une laryngite tuberculeuse.

Infiltration considérable des régions aryténoïdiennes, ulcérations profondes des cordes vocales.

P... n'a jamais eu mal à l'oreille; mais, depuis une quinzaine de jours, il se plaint d'éprouver une douleur assez vive du côté de l'oreille gauche.

On ne note aucun signe objectif dans la région correspondante.

Le 19 décembre 1899, 1^{re} application du courant d'air chaud pendant 5 minutes par la fosse nasale gauche (région tubaire).

21 décembre. — L'otalgie gauche a légèrement cessé à la suite de l'insufflation mais elle est apparue de nouveau le soir et dure encore aujourd'hui. — 2^e séance (5 minutes) à la suite de laquelle la malade constate que la douleur cesse immédiatement.

23 décembre. — 3^e séance. — Rien jusqu'à hier soir. A ce moment douleur très légère de quelques minutes.

26 décembre. — Pas d'otalgie depuis la dernière séance (3 jours pleins).

Le 27 janvier 1900, le 6 février et d'autres fois encore le ma-

lade est revenu souffrant d'otalgie comme auparavant. A chaque fois, une application d'air chaud, deux au plus, ont fait disparaître toute douleur.

OBSERVATION XVI

LÉSIONS : *Rhinite congestive. — Catarrhe tubo-tympanique.*

SYMPTÔMES : *Bourdonnements de l'oreille droite. — Vertiges. — Céphalées. — Vomissements.*

B... Marguerite, 34 ans, journalière.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; à signaler seulement un séjour de trois mois à Saint-Antoine pour maladie des organes génitaux. Troubles digestifs et intestinaux.

Troubles circulatoires, froid aux pieds fréquents.

Il y a quinze jours s'est éveillée le matin avec un violent mal de tête suivi de bourdonnements dans l'oreille droite accompagnés d'un vertige, ayant obligé la malade à s'asseoir, et de nausées sans vomissements. M^{lle} B... est restée deux jours de suite dans cet état. Pendant ce temps elle n'a pas remarqué s'il était survenu quelques changements dans l'audition.

Au bout de deux jours, le vertige disparut, en même temps que les nausées ; mais, un bruit (sifflet de locomotive) a persisté dans l'oreille droite : ce sifflement est intermittent et s'accroît surtout le soir et quand la malade fait un effort.

Des maux de tête se font également sentir, mais ceux-ci semblent être indépendants des bourdonnements.

C'est dans cet état que M^{lle} B... vient à la consultation le 23 janvier 1900. Le pharynx ne présente rien de particulier. La pituitaire est légèrement congestionnée, en particulier, le cornet inférieur droit qui est rouge et tuméfié sans être mou au toucher. Hypersécrétion nasale aqueuse. Oreille gauche normale. Le tympan de l'oreille droite est légèrement enfoncé ; il est laiteux et manque de transparence, le triangle lumineux est conservé. La perception osseuse est assez bonne ; la montre-air entendue à 0^m, 10. La trompe droite est faiblement perméable.

Le 22 février, 1^{re} application d'air chaud (3 minutes dans la fosse nasale droite avec la canule n° 1), à la suite de laquelle la malade dit avoir ressenti un léger « dégagement de la tête ». Un flux aqueux abondant a duré l'après-midi qui a suivi cette première séance.

1^{er} mars. — 2^e séance avec la canule n° 1 d'abord et ensuite

avec la canule fine portant l'air chaud dans la région tubaire.

3 mars. — 3^e application dans les mêmes conditions que la précédente. — N'a plus de vertiges ; les sifflements de l'oreille droite ont diminué. La malade dit avoir monté deux seaux d'eau dans son escalier sans avoir ressenti de sifflements comme auparavant.

Les 6 et 8 mars, 4^e et 5^e séances.

La malade est tout à fait soulagée : plus de vertiges ni de maux de tête ; plus de sifflements malgré les efforts de défécation, de transport de poids lourds, exagérés à dessein sur notre recommandation.

Le malade a été revue le 8 mai, aucun des accidents pour lesquels elle était venue consulter n'avaient reparu.

OBSERVATION XVII

LÉSION : *Coryza chronique à type spasmodique chez une arthritique.*

SYMPTÔMES : *Obstruction nasale gauche. — Rhinorrhée. — Eternuements.*

M^{me} O... 42 ans, jouit d'une bonne santé habituelle ; mais elle souffre de troubles neuro-arthritiques nombreux. Troubles de digestion et de circulation. Elle a constamment froid aux pieds.

Le 3 avril 1900 M^{me} O... vient consulter l'un de nous au sujet d'une obstruction nasale gauche et surtout pour un écoulement abondant du nez du même côté datant de 7 mois, accompagné d'éternuements et survenant seulement le matin.

L'écoulement au réveil est épais, muco-purulent ; bientôt il s'éclaircit et prend la consistance du blanc d'œuf ; il ne tache pas le linge. La malade mouille 8 ou 10 mouchoirs pendant chaque série de crises qui durent toute la matinée.

M^{me} O... a été soignée médicalement — pommades et lavages — sans résultat. L'ignipuncture, pratiquée à plusieurs reprises sur les cornets inférieur et moyen gauche, n'a pas agi davantage. La pituitaire est rouge et boursoufflée par places en particulier sur les cornets inférieur et moyen gauche. A droite, crête de la cloison.

Le 7 avril on soumet la malade à l'action de l'air chaud.

Les 7 et 9 avril, 1^{re} et 2^e séances de 3 minutes chacune dans la fosse nasale gauche.

11 avril. — 3^e séance. — Hier matin le nez a coulé comme

d'habitude ; hier au soir un peu moins et ce matin beaucoup moins. La fréquence des éternuements a diminué.

13 avril. — 4^e séance.

17 avril. — 5^e séance. — Se trouve aujourd'hui très soulagée. Plus d'éternuements. La *consistance des sécrétions est devenue normale et la quantité peu abondante*. Le gêne de la respiration nasale qui existait, même en dehors des crises, a disparu.

21 et 30 avril. — 6^e et 7^e séances. — Le mieux continu et la malade se trouvant guérie, cesse le traitement.

La muqueuse des cornets s'est rétractée et l'aspect serait celui d'une muqueuse normale si ce n'était la présence de petites marbrures provenant, sans doute, des pointes de feu faites autrefois.

OBSERVATION XVIII

LÉSIONS : *Polypes des fosses nasales. — Coryza chronique à type hydropurulent.*

SYMPTÔMES : *Gêne de la respiration nasale. — Catarrhe naso-pharyngien. — Crise d'asthme nocturne.*

M. G... 66 ans, a des polypes muqueux des fosses nasales et vient chaque printemps, depuis plusieurs années, chez l'un de nous qui lui donne ses soins. M. G... a eu de l'obstruction nasale de tout temps et, depuis de nombreuses années, il souffre d'un coryza chronique à type hydropurulent ayant provoqué un catarrhe naso-pharyngien et des étouffements pendant la nuit.

Chaque ablation de polypes a apporté au malade un soulagement en ce qui concerne l'obstruction nasale ; mais le coryza chronique et ses inconvénients n'ont jamais disparu, en dépit des traitements de toute espèce.

Cette année M. G. vint consulter le 10 avril : il était toujours aussi gêné et se mouchait au moins une centaine de fois par jour.

L'examen du nez fit voir une large production polypoïde, testée, à la partie antérieure du cornet moyen. Tout le reste de la muqueuse était mou, en état de dégénérescence accentuée et constamment humide. Les cornets sont plutôt atrophiés.

Cette masse polypoïde fut enlevée à l'anse le 12 avril, et, dès que la cicatrisation fut effectuée, on décida le malade à se soumettre à l'action de l'air chaud.

La 1^{re} application fut faite le 20 avril à raison de trois minutes

dans chacune des deux fosses nasales et de préférence dans le méat moyen qui était le plus éprouvé.

A la suite de la 2^e séance, qui eut lieu le 23 avril, M. G... commença à éprouver quelque soulagement et à moucher un peu moins. Il constata la production de petites croûtes jaunâtres s'attachant aux fosses nasales.

Les 25, 27, 30 avril, 3^e, 4^e, et 5^e séances.

A ce moment le soulagement est complet.

Le malade ne se mouche plus guère qu'une fois par heure. Le catarrhe naso-pharyngien a disparu et les étouffements eux-mêmes ont cessé d'exister.

En juillet, la guérison se maintient : le malade nous écrit que le mouchoir est devenu chose inutile pour lui.

OBSERVATION XIX

LÉSION : *Coryza chronique à type spasmodique.*

SYMPTÔMES : *Hydorrhée. — Éternûments.*

M^{me} d'A... 33 ans, est une personne nerveuse. Mère de quatre enfants, généralement bien portants, elle n'a jamais été malade jusqu'il y a six mois, quand, à la suite d'un froid pris en voiture, apparut un coryza persistant.

Le matin au réveil, des éternûments nombreux ouvrent la scène — une quarantaine de suite — les yeux pleurent abondamment et il survient un écoulement nasal aqueux profus ; plusieurs mouchoirs sont trempés pendant la durée de ces accidents qui constituent une seule et même crise, se continuant jusque vers 11 heures, sans laisser pour ainsi dire de trêve.

La nuit, la malade se réveille. Les éternûments la prennent aussitôt et l'écoulement apparaît. Cette crise dure un quart d'heure environ puis, la malade s'endort.

M^{me} d'A... vient nous consulter dans cet état le 21 février 1900. Rien de particulier à la muqueuse nasale qui n'est que très légèrement molle et macérée. Comme elle refuse toute intervention, nous prescrivons une pommade au menthol, à la cocaïne et à l'orthoforme, l'usage régulier du tub et des frictions quotidiennes à l'alcool.

Ce traitement suivi sans résultat, la malade revint nous trouver le 11 avril suivant ; et, les 14 et 13 avril nous fîmes deux applications d'air chaud de trois minutes dans chacune des deux fosses nasales, surtout dans les méats moyens.

Le 18 avril tout avait disparu, éternûments, larmoiments, rhinorrhée. Depuis les quelques jours que nous n'avons revu la malade, les symptômes ont diminué peu à peu d'intensité et ce sont les éternûments qui ont disparu les premiers. La nuit plus d'éternûments ni d'écoulement nasal ; plus de troubles du sommeil.

La muqueuse de blanchâtre et molle est devenue rosée et plus ferme.

On continue les applications d'air chaud les 18, 21, 24, 26 et 28 avril (3^e, 4^e, 5^e, 6^e et 7^e séances).

Nous avons revu M^{me} d'A... le 25 mai.

Aucun accident n'avait reparu.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SCLÉROME ET DE SON TRAITEMENT

Par le Dr **Henri MONNIER**, assistant volontaire à la clinique du
Prof. Schrötter, à Vienne.

Le sclérome se rencontre rarement dans l'Europe occidentale. En France, il est à peu près inconnu ; à Londres, nous n'en avons vu qu'un seul cas typique dans le service du Dr Lennox Browne, parmi les innombrables malades encombrant les services de laryngologie. A Vienne, par contre, dans les différentes cliniques spéciales, on a fréquemment l'occasion d'observer cette maladie, et nous avons pu, personnellement, l'étudier sur un grand nombre de sujets dans le service du Prof. V. Schrötter. Il est indubitable que le sclérome se cantonne de préférence dans certaines contrées ; nous croyons cependant qu'il est quelquefois méconnu ou confondu avec d'autres lésions, surtout avec la syphilis.

Le sclérome est, de nos jours, une entité nosologique bien caractérisée, tant au point de vue anatomopathologique que bactériologique. Il se manifeste de préférence sur le nez et le rhino-pharynx, mais on le découvre aussi dans le larynx et la trachée, et il descend même jusqu'à la naissance des grosses bronches.

En présence d'un cas douteux, il faut bien se rappeler que le sclérome n'entraîne jamais de destruction, d'ulcérations des tissus, mais que les granulations néoplasiques ont plutôt tendance à se rétracter sous la forme de tissu scléreux, cicatriciel.

C'est ainsi que se forment les sténoses des fosses nasales, de l'épipharynx et du larynx, sténoses caractérisées par leur forme d'une part, et, d'autre part, par l'absence de destructions, d'ulcérations du voisinage.

Nous nous contenterons de citer ici comme base de diagnostic, les trois points suivants : 1° la formation sur les choanes de membranes cicatricielles souvent disposées en coulisses ; 2° l'accrolement de la lute par des brides cicatricielles à la partie postérieure du voile du palais, de manière que, lors d'un examen superficiel, la lueite semble faire défaut ; enfin, 3° la présence de sténoses en forme de diaphragme dans l'espace sous-glottique. — En dehors de ces transformations, se présentent, dans d'autres régions de la muqueuse, des infiltrations lisses, dures, pisiformes, donnant au sclérome son caractère typique.

Les deux malades qui vont nous occuper sont intéressants au double point de vue du diagnostic et du traitement. Notre maître, M. le prof. von Schrötter, a bien voulu nous permettre de publier ces observations, ce dont nous le remercions sincèrement.

J. F. âgé de 25 ans, de Morchenstern en Bohême, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'année dernière. A cette époque il commença à souffrir de troubles respiratoires qui, augmentant graduellement quoique lentement, nécessitèrent finalement la trachéotomie.

L'examen extérieur du nez ne révèle rien d'anormal non plus que la rhinoscopie antérieure. L'entrée du larynx, l'épiglotte et les fausses cordes vocales ne sont pas altérées. L'ouverture de la glotte est raccourcie dans son diamètre sagittal, par la soudure de la portion antérieure des deux cordes vocales qui mesure environ 2 à 3 millimètres de long. A cette place le tissu de la commissure, blanchâtre, cicatriciel, se détache distinctement des tissus voisins. La corde vocale droite est plus grosse, plus rouge, plus large que la gauche. Sa surface paraît se trouver sur un plan horizontal un peu plus élevé. A la partie postérieure un épaississement pisiforme fait saillie à l'intérieur du larynx à quelques millimètres en avant du cartilage aryénoïde droit. Au-dessous des cordes vocales, la lumière du larynx est rétrécie par un diaphragme de tissu fibreux. L'ouverture restée libre en arrière et sur la droite de la glotte se présente sous une forme triangulaire de la grandeur d'une lentille. Le diaphragme, de consistance ferme, cicatricielle, est d'une épaisseur assez considérable.

Sur le cou, en dehors de la plaie trachéale on ne distingue rien de pathologique ; aucune trace de tuméfaction des ganglions lymphatiques.

D'après ce qui précède, on était en droit de songer au sclérome ; car il n'existait aucune raison pour diagnostiquer d'autres lésions, telles que transformations périchondritiques, sténoses cicatricielles, tuberculeuses ou syphilitiques.

Le diagnostic ne pouvait être assuré que par la rhinoscopie postérieure qui révéla une forte sténose provoquée par du tissu cicatriciel s'étendant en arc de bas en haut et rétrécissant la choane gauche de plus de deux tiers de sa lumière (*fig. 1*). Le voisinage de la trompe gauche présentait également une légère déformation par rapport au côté sain. Cette transforma-

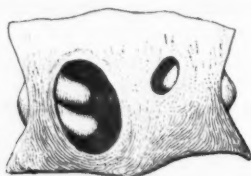


Fig. 1.

tion scléreuse caractéristique confirmait le diagnostic porté après l'examen du larynx, et qui était rendu encore plus vraisemblable par le pays d'origine du malade, la Bohême, où l'on rencontre un grand nombre de scléromes.

Le second malade est originaire de la Pologne russe, qui fournit également un contingent important de scléromes.

Ch. W., âgé de 23 ans, commença, il y a trois ans, à souffrir de troubles respiratoires, qui augmentèrent graduellement sans être accompagnés de fièvre, de douleurs ni d'enflure.

Au commencement de 1898, il fut soigné à Varsovie où il subit la laryngo fissure ; en mars 1899, on répéta cette opération et il porta depuis lors une canule. La voix est très rauque.

L'épiglotte et l'entrée du larynx ne présentent pas de déformations. A l'examen du larynx on remarque d'emblée un entonnoir cicatriciel blanc, présentant au milieu et en arrière une légère

fissure (*fig. 2*) ; sur cet entonnoir se trouvent des sillons dirigés de haut en bas, ainsi que quelques légères excavations.

Le tissu cicatriciel semble prendre son origine immédiatement sous les fausses cordes vocales. Mais il est vraisemblable qu'il a pris naissance à la surface inférieure et sur les bords des cordes vocales, tout en respectant leur motilité. Car des cordons blancs, semblables aux cordes vocales quoique plus fermes, font saillie à la partie supérieure du diaphragme lors de la phonation. La partie inférieure sous-cordale par contre est scléreuse, totalement immobile.

L'épipharynx et les choanes n'avaient nullement souffert, mais par contre les ouvertures des deux trompes présentaient les modifications suivantes :

De légères brides cicatricielles s'étendaient en arc autour des extrémités de la trompe gauche, ne respectant de l'ouverture qu'une

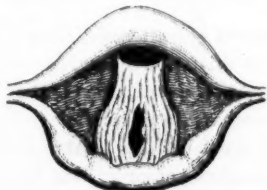


Fig. 2.

fente à bords minces. A droite, le triangle de la trompe d'Eustache conserve sa forme, mais l'orifice en est très rétréci. L'acuité auditive était notablement abaissée et la rétraction des membranes tympaniques prononcée, principalement du côté gauche.

A l'examen extérieur du cou, on constate une longue cicatrice s'étendant de l'incisure thyroïdienne jusqu'à un doigt environ au-dessus du sternum ; la peau de la ligne médiane est fixée à la couche sous-jacente, par l'effet des laryngo-fissures.

Nos deux malades vinrent à la clinique pour être débarrassés de leur canule et pouvoir, si possible, respirer par les voies naturelles.

D'après les-essais, le premier cas ne faisait pas prévoir de sérieuses difficultés ; dans le second, par contre, le succès était très douteux, car il fallait compter avec les interventions opératoires pratiquées sur le cartilage du larynx et la sténose considérable qui en était résultée.

Dans le sclérome, il faut toujours éviter d'attaquer la lésion en ouvrant le larynx et en enlevant les tumeurs granuleuses, car ces interventions favorisent la reproduction continuelle de cicatrices qui, si elles ne sont pas soumises immédiatement à la dilatation, se contractent et offrent une résistance toujours plus grande à l'élargissement ultérieur.

Nos deux malades étaient heureusement arrivés à une période latente, inactive du processus scléreux et semblaient parfaitement guéris ; nous disons à bon escient, semblaient, car nous avons eu l'occasion d'observer un autre cas très chronique où le Dr Hermann von Schrötter put obtenir une culture superbe de bacilles de sclérome, en inoculant un tissu cicatriciel, dur et ferme qu'on avait excisé à la curette sur les replis aryépiglottiques.

Abordons maintenant le traitement. Chez le premier malade, on commença par la dilatation énergique avec les sondes de Schrötter en caoutchouc durci, alternant avec l'introduction d'olives de Schrötter en étain (*Zinn Bolzen* v. Schr.). Ces dernières séjournèrent plusieurs fois quatre à cinq jours dans le larynx sans être changées ; environ deux mois après, on introduisit une canule cylindrique de Schornstein en *argentine*, atteignant approximativement le niveau des cordes vocales ; puis, le malade fut renvoyé dans ses foyers. Après avoir porté la canule pendant un mois et demi, il revint à la clinique ; l'état du larynx s'était amélioré au point de permettre sans danger la fermeture de la plaie trachéale. On le traita à la consultation en excisant la fistule et en pratiquant une suture à deux étages. La couche musculaire mobilisée fut d'abord réunie à l'aponévrose, puis on sutura les bords de la plaie.

Le résultat thérapeutique peut être considéré comme excellent. Les cordes vocales se rapprochent et fonctionnent convenablement ; la motilité est normale, bien que l'abduction ait un peu souffert des deux côtés. La corde gauche, à bord mince, est élargie, sa consistance est normale. Un cordon scléreux court parallèlement au dessous, d'avant en arrière. La corde vocale droite est épaissie en rouleau, plus large, plus forte, plus volumineuse que l'autre. A la commissure anté-

rieure s'insèrent de fins trajets cicatriciels ; la paroi antérieure du larynx semble plus aplatie qu'à l'ordinaire.

Pour la trachée et les bronches, la bronchoscopie répétée ne révèle aucune altération. Dans le nez et le pharynx, pas de récidives ; voix enrouée.

Pour procéder avec succès à la dilatation du larynx dans le second cas, on incisa par deux fois et à intervalles de trois semaines, les brides cicatricielles de la commissure antérieure. La sténose ne fut cependant pas très dilatée, car il s'agissait ici d'une longue bande épaisse de tissu cicatriciel descendant le long de la paroi antérieure du larynx, conséquence des soudures consécutives à la laryngofissure. Grâce à cette circonstance, la dilatation ne réussit qu'à la partie postérieure de la glotte, lors du sondage ultérieur. Cette dilatation se fit au moyen des tubes et olives de Schrötter. L'introduction de ces dernières dans le larynx offrit souvent des difficultés, car le bouton de l'olive pénétrait dans les niches formées par les bourrelets irréguliers de la cicatrice.

On sait que, pour obvier à ces inconvénients, on introduit, préalablement, un fil dans le larynx au moyen d'une sonde flexible en gomme. Entrant par la bouche, ce fil ressort par la plaie trachéale ; le bouton de l'olive s'attache au chef supérieur et, en tirant sur l'autre extrémité du fil, on arrive à diriger l'olive plus aisément dans son trajet intralaryngien.

Ce n'est qu'à grand'peine qu'on arriva, petit à petit, à élargir la glotte ; on eut recours, pour la dilatation inférieure, aux bougies de Schrötter. Cette manœuvre était malaisée, car la trachéotomie ayant été pratiquée très bas, au bout de deux mois et demi de traitement on parvint à introduire une canule de Schornstein de la grosseur et de la courbe ci-indiquées (*fig. 3*) avec laquelle le malade fut congédié.

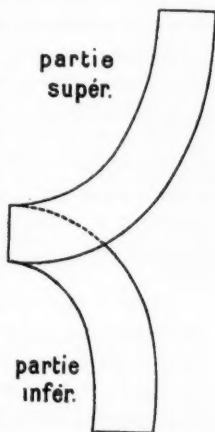


Fig. 3.

Six mois et demi plus tard, il revient à la clinique. L'état du larynx s'est amélioré, la glotte est élargie d'une façon permanente. La respiration est aisée après le retrait de la canule et la fermeture de la fistule : même après avoir marché rapidement, pas de troubles respiratoires.

Le 15 février, on procède à l'occlusion définitive de la fistule, comme chez le malade précédent. La chose est ici un peu plus difficile et demande une mobilisation plus étendue des bords de la plaie.

A l'intérieur du larynx, on remarque des saillies dures, épaisses, possédant un certain degré de mobilité et correspondant aux cordes vocales.

La voix, bien que rauque, est cependant très compréhensible. Au-dessous des cordes vocales, sur la paroi antérieure, on voit des brides cicatricielles en forme de croissant, se rétrécissant de haut en bas.

Cette observation fixe ce que nous désirons faire ressortir ; à savoir, que par une dilatation rationnelle et méthodique, on arrive, sans délabrements opératoires, à rétablir la respiration normale, même dans des cas paraissant très défavorables.

Les deux observations que nous venons de rapporter sont instructives au point de vue du diagnostic, en ce sens que les résultats de l'examen n'avaient pas été nets de prime abord. Le diagnostic dut être confirmé par l'examen des choanes et des trompes d'Eustache.

Ces deux malades étant porteurs de lésions relativement bénignes avec tendance marquée à la guérison.

Y aura-t-il plus tard une récurrence ? C'est peu probable ; pourtant, eu égard aux expériences relatées précédemment, nous resterons sur la réserve et admettrons cette hypothèse.

En terminant, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sincères remerciements à notre excellent ami et confrère, M. le Dr Herm von Schrötter, chef du service laryngologique de la clinique Schrötter qui, avec son amabilité habituelle, a bien voulu nous faire profiter de son expérience personnelle pour la rédaction de ce mémoire.

III

LA LARYNGOLOGIE DANS LA DÉFENSE SOCIALE CONTRE LA TUBERCULOSE CONSIDÉRATIONS ET PROPOSITIONS

Par les Prof. Gh. **FERRERI** et T. **ROSATI** ⁽¹⁾.

SOMMAIRE :

Efforts sociaux contre la propagation de la tuberculose. — Prophylaxie. Sanatoria. — Mission des laryngologistes. — Tuberculoses des premières voies respiratoires et leur influence sur la diffusion de la maladie. — Insuffisance des sanatoria au point de vue de la tuberculose de la gorge. — Quels seraient les moyens les plus efficaces pour y remédier. — Consultations hygiénico-thérapeutiques. — Organisation et fonctionnement. — Influence sur la conscience populaire. — Conditions ethniques de l'Italie pour l'érection des sanatoria. — Moyens pratiques d'y arriver. — Conclusions.

EFFORTS DE LA SOCIÉTÉ CONTRE LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE

De tout temps, la tuberculose a été un épouvantail social, et on a considéré comme perdus les malheureux phthisiques. Ce sont d'abord les préoccupations individuelles qui ont prévalu, puis on a conçu des craintes au sujet des familles, c'est probablement ce péril qui dicta l'édit de police sanitaire du grand-duc de Toscane (1754), celui de Ferdinand IV, de Naples, consécutif à un mémoire dû à plusieurs médecins napolitains, parmi lesquels Cotugno et Cirillo, et les précautions prises par les Républiques de Lucques et de Venise et les Conseils sanitaires de Rome, Bologne et Pesaro.

Quand les études d'hygiène eurent démontré la nature véri-

(1) Rapport lu au Congrès italien d'oto-rhino-lar. de Naples, avril 1900.

table de la tuberculose et la vitalité de son germe, les efforts des savants et de la Société s'unirent pour combattre cette terrible ennemie de l'humanité.

Nous sommes redevables à Koch du fondement de la doctrine étiologique de la phthisie ; mais les Italiens ne devraient pas oublier le nom d'Armanni, qui avant Villemain avait fourni la preuve scientifique de la contagiosité de la tuberculose. En fait, on ne possède pas depuis longtemps la connaissance scientifique de la véritable entité de l'infection tuberculeuse.

Depuis ces derniers temps un grand mouvement de défense agite tous les pays civilisés, d'où l'appel aux savants, aux philanthropes, aux professeurs, aux gouvernements pour agir en se groupant sous le drapeau scientifico-humanitaire, les ligues, les congrès.

Les spécialistes doivent se tenir au premier rang, dans cette œuvre sociale, et traiter les parties du corps où le germe tuberculeux se loge d'abord avant d'atteindre son lieu d'élection, l'organe respiratoire.

PROPHYLAXIE — SANATORIA

MISSION DES LARYNGOLOGISTES

Les épouvantables hécatombes provoquées par la phthisie augmentent avec la civilisation et la difficulté de combattre le mal qui s'insinue de plus en plus fréquemment, c'est ce qui a provoqué ce mouvement de défense sociale qui constituera la plus imposante manifestation humanitaire de notre siècle. La statistique nous renseigne sur les progrès de la phthisie et nous apprend que deux tiers des habitants du globe ont été au moins une fois atteints par le bacille de Koch et que la moitié succombèrent.

La thérapeutique ayant presque toujours échoué, il a fallu chercher un autre système de traitement. L'hygiène a été substituée à la pharmacopée anti-tuberculeuse et on s'est surtout occupé du côté prophylactique. Aussi la création des sanatoria est-elle basée principalement sur la cure au grand air et l'isolement.

Ce moyen est-il suffisant pour l'opposer à cet ennemi redoutable et n'existe-t-il aucune autre mesure de précaution à prendre surtout pour les classes pauvres, avant d'aboutir au sanatorium ?

Il faudrait mieux distribuer le travail de défense et tâcher de dépister la maladie avant qu'elle n'offre de trop grands dangers de contamination.

Sans doute la création des sanatoria de tuberculeux constitue une idée géniale, mais elle n'est pas toujours pratique.

Tout d'abord leur installation revient à des prix fabuleux, hors de proportion avec les ressources économiques de l'Italie (1) et le genre de vie qu'on y mène est en désaccord absolu avec les habitudes des peuples méridionaux qui ne peuvent s'habituer à l'isolement et à l'abandon momentané de leurs familles. De plus, les conditions topographiques sont peu favorables pour l'Italie qui, bien que possédant de nombreuses montagnes propices aux cures climatiques, est très en retard quant aux moyens de communication.

Bien entendu la classe aisée remplira les sanatoria mais le peuple obligé de travailler pour vivre se trouvera dans l'impossibilité de se soumettre à ce traitement et verra d'un très mauvais œil s'élever des établissements réservés aux favoris de la fortune.

A un certain point de vue, les sanatoria présentent bien des caractères communs avec les syphilicômes et de même que les lois les plus sévères ne peuvent réfréner la prostitution, la phthisie, malgré les efforts tentés pour la circonscire, s'infiltrer partout, dans les magasins, les bureaux, les écoles, les voitures, les églises, les théâtres, les familles, etc.

Une raison qui mettra toujours les laryngologistes en dé-

(1) D'après la statistique, environ 40.000 personnes meurent tuberculeuses en une année en Italie. En supposant que les décès représentent 25 % des malades, il faudrait compter 160.000 phthisiques dans toutes les classes de la société. Si chaque sanatorium donne asile à 100 ou 150 malades, il faudrait en établir au moins un millier en Italie. Cozzolino dit que chaque malade pauvre coûte 3 fr. 50 par jour; pour 100.000, la dépense quotidienne atteindrait 350.000 francs, soit 127.750.000 francs par an, sans compter les frais d'édification et d'entretien des locaux, le service, etc.

fiance contre l'efficacité des sanatoria au point de vue de l'hygiène publique, est que l'on peut combattre la phthisie pulmonaire mais qu'on a grande chance d'échouer chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses du nez, de la bouche, de la gorge. Ces soins sont du domaine des spécialistes qui observent constamment dans leurs cliniques des formes de tuberculose locale grave pouvant dégénérer en phthisie pulmonaire mortelle.

INFLUENCE DE LA TUBERCULOSE DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES
SUR LA DIFFUSION DE LA MALADIE

Comme pour toutes les questions primordiales auxquelles s'intéressent les savants et le public, et où les détails passent inaperçus, dans la tuberculose on ne considère que la forme la plus apparente, la phthisie pulmonaire. Mais si l'on appliquait à un problème d'intérêt général, comme celui-ci, le système logique économico-social de la division du travail, la solution deviendrait plus facile, plus pratique, plus rapide.

En effet, le mouvement actuel se borne à lutter contre la propagation du mal et propose un palliatif unique, le sanatorium, ce qui, traduit en une formule simple, signifie : *tuberculose pulmonaire, isolement curatif*.

Le malheureux hémoptysique est-il donc le seul tuberculeux justiciable du traitement et les formes insidieuses ne sont-elles pas aussi funestes et ne méritent-elles pas d'être soignées ?

Nous voulons parler des altérations des premières voies respiratoires qui passent sans cesse sous les yeux des spécialistes.

Le bacille tuberculeux s'insinuant presque toujours par les voies respiratoires, il est clair que le nez et la bouche constituent ses portes d'entrée ; les études expérimentales de Straus et de Mulhall ont confirmé cette manière de voir ; de plus on connaît des observations de tuberculose buccale consécutive à des extractions dentaires (Lenzmann et Blumenfeld) et qui démontrent la réciprocité de ces régions vis-à-vis de l'invasion du germe. Stetter a décrit une tuberculose limitée aux papilles circumvallates de la langue. L. Lack, Bowlby et H. Tilley ont

rencontré des ulcérations à base étendue et des tuberculoses miliaries de la muqueuse des piliers et des bords basilaires de la langue.

Hermann v. Schrötter a observé une tuberculose du voile palatin et du pharynx sans aucune lésion de l'organe vocal. Sur trente-quatre nécropsies de tuberculeux, H. Walsham a rencontré 20 cas de tuberculose tonsillaire et, constatation plus importante, sur 100 cas d'hypertrophie amygdalienne, Piffi signale trois fois des nodules tuberculeux, sans coexistence d'aucun symptôme général. Le même auteur dit que 4 % des végétations adénoïdes sont de nature tuberculeuse.

Chiari, Herzog, Heryng, qui ont entrepris, sur une vaste échelle, l'étude de la tuberculose nasale, ont remarqué qu'elle était plus répandue qu'on ne le pensait, récidivait aisément et était justiciable d'un pronostic réservé.

Nous avons cité ces observations faites par des auteurs réputés, parce qu'elles appuient les nôtres relativement à la fréquence de la tuberculose naso-bucco-pharyngée et nous ne doutons pas qu'elles ne reçoivent confirmation de la part des directeurs de Cliniques laryngologiques. Un formidable contingent de la tuberculose des premières voies respiratoires est fourni par la phthisie laryngée que l'on considèrerait encore assez récemment comme un dérivé de la tuberculose généralisée et seulement exceptionnellement comme une localisation primitive du mal. Des savants tels que Krause, Heryng, Massei, Gouguenheim, M. Schmidt, Gleitsmann, Sokolowski, Tissier, Sendziak, H. Mackenzie, Rice, Charters Symonds, Michelson, Lennox Browne, Wolfenden, Macintyre, Bosworth, Schnitzler, Rosenberg, Solis Cohen, etc., ont démontré d'une façon irréfutable la fréquence de la phthisie laryngée.

La statistique de cette lésion serait malaisée à établir, chacun de nous, sachant par expérience personnelle que sur cent malades atteints de maux de gorge et de troubles phonétiques auxquels ils n'attachent pas grande importance, au moins la moitié présente des signes de tuberculose locale plus ou moins accusée. L'examen objectif de l'appareil respiratoire n'aide pas toujours à porter le diagnostic, pas plus que l'anamnèse ou l'observation somatique de l'*habitus phthisique* ; dans la plu-

part des cas, l'examen du thorax fournit un résultat négatif ; les dires du malade ne nous viennent nullement en aide et le microscope n'apporte aucune révélation positive. Nous ne nous étendrons pas ici sur la pathologie spéciale de l'organe de la phonation, mais il est avéré que certaines lésions considérées comme graves par les spécialistes sont les prémisses de l'infection généralisée qui ultérieurement attirera l'attention des hygiénistes ; d'où la nécessité pour ces derniers de s'adjoindre des laryngologistes qui par l'examen local pourront jeter le premier cri d'alarme.

La rareté de la tuberculose laryngée primitive affirmée avec autorité par Sendziak et discutée par Orth, ainsi que les formes douteuses, larvées de la phthisie locale, signalées par Gouguenheim viennent à l'appui de notre thèse, car elles nous éclairent sur la prédisposition des malades à contracter le germe et à le féconder. Le miroir laryngoscopique, en nous permettant de déceler l'existence occulte du mal, rend à la Société un service inappréciable.

Dans d'autres cas, le spécialiste confirme la présence de la tuberculose pulmonaire chez des individus ignorant leurs lésions que le médecin traitant découvrirait à une période trop avancée. Nous voulons parler ici des multiples altérations laryngées non tuberculeuses attaquant des phthisiques avérés (H. Mackenzie) et des accidents d'apparence spécifique, mais d'essence tuberculeuse chez des syphilitiques, formes combinées selon l'expression de Rice, ou greffées, si l'affection bacillaire est implantée sur des néoplasmes préexistants.

De toute façon, personne ne dénierait l'importance qu'il faut attacher aux altérations plus ou moins spécifiques des premières voies respiratoires dont le diagnostic précis et la thérapeutique appropriée peuvent agir favorablement au point de vue prophylactique.

En effet, toutes les lésions nasales et buccales exercent une influence nocive sur l'organisme par le trouble qu'elles apportent aux fonctions respiratoires et par la facilité avec laquelle elles favorisent l'invasion par le mal des organes voisins. Une cause fréquente de contagion est constituée par les crachats

qui, dispersés de toute part, propagent le germe néfaste dont la présence est ignorée.

Aujourd'hui chacun se garde du péril tuberculeux, le phthisique, consumé par la fièvre, est forcément tenu éloigné de l'exercice de sa profession, des réunions dans les endroits publics et obligé de résister à l'impulsion de ses sens ; mais qui serait en défiance vis-à-vis d'un jeune homme de mine florissante atteint de rhinite tuberculeuse, qui refuserait de vivre dans son intimité ? Quel est l'individu qui suspendrait son travail pour une aphonie ou une pharyngite tuberculeuse ?

Tels sont les divers modes de propagation contre lesquels les spécialistes peuvent préconiser des mesures efficaces ; la cure des sanatoria offrant peu de chance de réussite pour cette catégorie de malades.

INSUFFISANCE DES SANATORIA POUR LES TUBERCULOSES DE LA GORGE ET MOYENS D'Y REMÉDIER

Après les autres moyens conseillés par l'hygiène pour la prophylaxie et le traitement de la phthisie pulmonaire, les sanatoria tiennent le premier rang, et on peut même dire que leur institution et leur popularisation constituent tout le programme des ligues anti-tuberculeuses.

Sans doute les sanatoria sont la synthèse la plus raffinée des préceptes que la médecine et l'hygiène ont imaginés jusqu'ici contre le fléau tuberculeux, puisqu'ils remplissent toutes les conditions hygiéniques et thérapeutiques, tels que le climat, l'isolement, la vie au grand air, le confort, les soins médicaux incessants et intelligents, une existence rationnelle et bien réglée, l'absence de toute occupation et préoccupation, le ménagement des forces, la répression de tous les abus, etc. ; mais on ne peut dire quand même que ces établissements représentent le dernier mot de la prophylaxie et du traitement de toutes les tuberculoses des voies respiratoires. Les glorieux succès de la pathogénie ayant été suivis des échecs reconnus de la thérapeutique spéciale, on est revenu aux principes simples et convaincus de Galien et Baglivi, consistant à faire vivre les

phthisiques en plein air, théorie qui a compté, parmi ses partisans les plus décidés, Gastaldi, Peter et Daremberg, qui ont appelé l'attention de nouvelles générations sur le fait naturel que respirer un air pur signifie respirer la vie, opinion soutenue scientifiquement par Brehmer à qui revient le mérite d'avoir arraché la thérapeutique de la phthisie à l'empirisme et aux tentatives vaines, pour déclarer que seul le plein air, joint à une alimentation vigoureuse, pouvait provoquer une amélioration.

Autrefois les phthisiques ne vivaient que d'espérances et d'illusions, et Voltaire disait que l'espoir de guérir constitue la moitié de la guérison. Actuellement, dans la lutte antituberculeuse, le traitement hygiénique diététique peut compter pour réaliser des vœux qui auparavant se transformaient en amères désillusions.

Mais abordons la pratique, car en la perdant de vue nous avons raison de douter du grand résultat attendu.

Partant du principe que la société doit se défendre non seulement contre la phthisie pulmonaire, mais encore, dans une mesure égale, contre les malades porteurs de lésions du nez, de la bouche et de la gorge, nous croyons devoir examiner la question de la suffisance des sanatoria au double point de vue économique-social et thérapeutique.

En ce qui concerne le côté économique de la question, nous avons déjà fourni des chiffres très explicites, d'où appert nettement les dépenses énormes que nécessiterait en Italie la création d'un nombre de sanatoria à peine suffisant pour recevoir les phthisiques. Ces chiffres sont tirés des statistiques qui nous renseignent également sur la fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croit de la tuberculose des premières voies respiratoires. De sorte qu'en adjoignant ces malheureux à l'armée des phthisiques pulmonaires, on s'aperçoit qu'il faudrait augmenter d'un tiers au moins le nombre des établissements de traitement, ou, au moins, les agrandir.

Ces institutions devant être fondées sur la maxime de faire grand avec un minimum d'effort, on rencontre des difficultés au point de vue économique ; envisageons maintenant le côté social.

Les spécialistes savent que le principal contingent des affections des voies aériennes est fourni par les individus débiles, les scrofuleux, les syphilitiques, les malades insuffisamment nourris, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques ; les infections sont aussi fréquemment déterminées par l'existence en commun, circonstances qu'on rencontre plutôt dans les grands centres urbains et ouvriers que dans les campagnes. Aussi ce sont les classes moyennes auxquelles appartiennent les employés, les petits commerçants, etc., qui alimentent les cliniques laryngologiques. Serait-il possible de faire émigrer tous ces malades dans les stations d'altitude ? Pourrait-on priver toutes ces pauvres familles d'une partie de leur gagne-pain ?

De quel droit pourrait-on décréter cet ostracisme social ? Les autorités et les associations de bienfaisance seraient forcées d'engager des luttes continuelles pour persuader des individus décidés à opposer une résistance acharnée.

Ce côté de la question mérite d'être étudié spécialement au point de vue économique-social.

Quant au résultat thérapeutique, nous allons exposer les raisons qui nous poussent à en douter.

Les idées sont très partagées au sujet du traitement de la phthisie laryngée dans les sanatoria ; certains auteurs en sont partisans, tandis que d'autres y sont contraires ou montrent de la défiance.

Parmi les premiers, nous citerons Lorentz, Solly, Cheval et Ratteaux. Lorentz fait certaines restrictions à propos du choix des malades à qui la cure serait efficace ; il voudrait exclure ceux qui sont atteints d'accidents pulmonaires sans lésions laryngées graves, en un mot n'admettre aucun sujet n'ayant pas été soumis à la diazo-réaction d'Ehrlich.

Solly, qui a observé les effets du séjour d'altitude (Colorado Springs) dans la phthisie laryngée, le conseille mais sans y tenir outre mesure, niant les succès qu'on cherche à obtenir dans des zones laryngiennes déterminées (aryténoïdes et fausses cordes) et en constatant l'efficacité sur d'autres points, mais avec un pourcentage ne dépassant pas 33,3 %.

Cheval et Ratteaux sont partisans convaincus du traitement

de la phthisie laryngée dans les sanatoria, mais leurs conclusions favorables ne reposent sur aucune base solide.

Quant à nous, nous avons une certaine méfiance à l'égard de ce procédé. A part la tradition qui a toujours déconseillé les stations de montagnes aux malades de cette catégorie, il y a l'expérience qui modère les enthousiasmes pour les cures climatiques et voudrait en préciser les indications. A ce propos, Lennox Browne a rapporté dans une leçon que des malades améliorés à Londres par le traitement virent leur état s'aggraver dans les stations climatiques où on les avait envoyés, bien qu'ils continuassent à y suivre le même traitement.

En général, même les partisans des sanatoria sont obligés d'avouer que la phthisie laryngée grave ne résiste pas à la vie au grand air et que cette classe de malades peut même devenir nocive pour les autres.

Par ce court aperçu des opinions des spécialistes pour ou contre l'efficacité des sanatoria, nous avons vu que leur attention ne s'était portée que sur les lésions laryngiennes et non sur les tuberculoses buccales et nasales. Pourquoi passer sous silence les considérations d'Hunter Mackenzie signalant le danger des complications pharyngiennes chez les tuberculeux ?

Nous affirmons donc l'insuffisance des sanatoria et proposons quelques moyens d'y porter remède.

CONSULTATIONS HYGIÉNICO-THÉRAPEUTIQUES — ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT — INFLUENCE SUR L'ÉLÉMENT POPULAIRE

Les sanatoria ne pouvant suffire à recevoir la masse des tuberculeux qui remplissent le monde, quelle serait la meilleure manière de leur porter secours ?

Dans les pays où les sanatoria ne sont pas à l'état de projets comme en Italie, mais fonctionnent depuis quelque temps, on a commencé à douter de leur efficacité et à chercher de quelle façon on pourrait soigner les phthisiques. En Allemagne, le ministère des Cultes et de l'Instruction publique s'occupe des affaires médicales et a réclamé la fondation de stations

d'observations dénommées Polycliniques antituberculeuses, destinées à fournir des soins aux malades suspects. Dans ces stations, on s'occuperait de l'éducation spéciale des médecins, et on enseignerait aux malades des préceptes d'hygiène prophylactique.

A notre avis, ni le sanatorium, ni la polyclinique n'empêcheront les malades atteints de tuberculoses du nez et de la gorge de propager les germes de la phthisie ; il faudrait pour cela une organisation plus complète.

Nos consultations nous offrent d'excellents moyens d'observation, et, en modifiant leur fonctionnement, nous pourrions obtenir d'excellents résultats.

Quant aux sanatoria, nous ne cesserons jamais de répéter qu'ils seront toujours insuffisants, rien que pour donner asile aux sujets affectés de phthisie pulmonaire.

Il faudrait que les législateurs, les philanthropes et la classe aisée qui se sont imposés la tâche de veiller sur la santé publique, se persuadent que l'alimentation, l'aération, le repos, ces trois facteurs principaux de la cure de la tuberculose, ne doivent pas être limités aux sanatoria, mais s'appliquer dans une large mesure à tous les candidats à la phthisie, et surtout à ceux dont le germe réside dans les voies respiratoires.

Vu l'impossibilité matérielle de confiner dans les sanatoria tous les tuberculeux, il faudrait surtout veiller à l'hygiène et instituer des stations d'observation et de traitement pour les maladies de gorge que nous appellerions *ambulances phthisiothérapiques* qui seraient fréquentées par tous les indigents. Au lieu de se borner aux soins médicaux, ces consultations joueraient un rôle philanthropique.

C'est surtout hors des grands centres, dans les villes de province ou les gros bourgs, dont beaucoup sont privés d'hôpitaux, que ces stations rendraient à l'hygiène des services inappréciables.

A notre idée, ces ambulances tiendraient le milieu entre le sanatorium et la clinique ; les malades y seraient soignés et suivis pendant longtemps.

Pour l'édification de ces ambulances, on ferait abstraction du luxe architectural, en se contentant de construire de vastes

locaux très simples, à un seul étage, renfermant les pièces nécessaires à l'examen des malades, aux opérations, aux inhalations, aux bains, à la gymnastique hygiénique, à la radiographie, aux cabinets d'analyses, et de plus un vestiaire, une étuve pour la désinfection, des réfectoires, des cuisines, des bureaux, etc. Le sommet de l'édifice serait surmonté d'une vaste véranda où les malades pourraient se tenir en hiver et en été.

Naturellement, le bâtiment devrait être exposé au sud-ouest, entouré d'un grand jardin et abrité du vent. Ces établissements sanitaires seraient situés aux extrémités des villes, à l'écart des agglomérations. Les malades y seraient examinés par des spécialistes, et, selon leur affection, on les répartirait en séparant d'abord les contagieux des inoffensifs, puis en triant, parmi ceux-ci, les cas curables par les soins donnés aux consultations et ceux qui ont besoin d'être traités dans les sanatoria. On recueillerait minutieusement tous les renseignements relatifs aux malades, ce qui faciliterait considérablement la tâche des statisticiens. Après sélection, on garderait toute la journée les malades porteurs de lésions contagieuses.

Tous les malades indistinctement seraient nourris avec du potage, de la viande, des œufs, du lait, du vin, du pain à des doses variables suivant leur état.

Nous sommes persuadés que ce régime exercerait une influence salutaire sur les malheureux qui y trouveraient asile. En tout cas nous avons tenu à lancer cette idée qui mérite d'être creusée.

Notre système sera relativement peu dispendieux ; Schultz, qui s'est occupé spécialement de la construction des sanatoria populaires par pavillon, dit que, pour 110 lits, le prix de revient quotidien atteindrait 412 fr. 50. Ceux qui ont la pratique des cliniques mixtes, comprenant le traitement et l'alimentation, ainsi qu'il en existe à Rome, savent que cette somme bien administrée suffirait à secourir au moins deux cents malades.

Les frais d'installation seront aussi beaucoup moins élevés que ceux d'un sanatorium.

Quant à la nécessité pour les malades de rentrer chez eux le soir, chacun sait que les pensionnaires des sanatoria vivent

jour et nuit en plein air ⁽¹⁾ et que ce système rencontre des adversaires acharnés ; bien des malades lui attribuent l'aggravation de leur état.

La base du système ambulatoire repose sur l'éducation du malade et l'inculcation de principes hygiéniques qui lui rendront la santé. Aussi faut-il beaucoup de calme et un climat doux.

Dans certaines régions de l'Italie on peut vivre toute l'année en plein air, ce qui est une condition essentielle pour enrayer les progrès du mal.

CONDITIONS ETHNIQUES DE L'ITALIE POUR L'ÉRECTION DES SANATORIA

PROPOSITIONS PRATIQUES. — CONCLUSIONS.

Nous sommes fort surpris que sous notre beau ciel on préconise plutôt les stations d'altitude que le bord de la mer.

Sans nous appuyer sur l'autorité de Mosso, qui récemment a discuté l'efficacité de l'air des hautes montagnes sur la circulation et la respiration, nous nous arrêterons au principe réel de la cure de la tuberculose à l'air libre qui depuis Buntington n'a pas sensiblement varié, et nous croyons qu'aucun pays mieux que la Péninsule ne se prête au traitement de la phthisie selon les vues modernes. Les centres populeux seraient certainement défavorables à la cure, mais nous possédons sur les hauteurs, dans les plaines, à la campagne, au bord de la mer, des trésors de lumière et d'air pur. La condition essentielle est l'abri du vent et la régularité de la température, sans faire abstraction de la vie matérielle, l'absence d'excès aidés des conseils vigilants d'un médecin.

Ainsi comprise, la lutte anti tuberculeuse pourra réussir,

(1) Les malades de la classe riche devraient imiter chez eux les habitudes que C. S. Millet dit être en pratique dans la Nouvelle-Angleterre pour le traitement de la tuberculose. Dans cette région insalubre des Etats-Unis, célébrée dans l'histoire par l'incomparable satire de Mark Twain, on construit, sur la partie la plus élevée et la mieux exposée, des maisons de campagne, des vérandas où les malades dorment en plein air.

tandis qu'en Italie on n'a encore élevé qu'un seul sanatorium ne fonctionnant pas à l'heure actuelle et le fléau poursuit sa marche inexorable. On pourrait aussi isoler les tuberculeux dans des tles, mais cette proposition demanderait à être discutée et le mieux serait de tenter l'expérience des ambulances d'observation.

BIBLIOGRAPHIE

- BUDINGTON (G.). — Essays on the cure on Pulmonary consumption on principles natural, rational and successful (Londres, 1840).
- GASTALDI (B.). — Influenza salutare del clima delle montagne nella cura della tisi polmonare incipiente (*Gazzetta medica italiana, Stati-sardi*, 1858).
- ARMANNI (L.). — Sulla specificità e virulenza delle sostanze caseose e tubercolose (*Movimento medico-chirurgico*, 1872).
- DETTWEILLER (P.). Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten (Berlin, Reimer, 1884).
- BREHMER (H.). Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht (Wiesbaden, Bergmann, 1887).
- TURBAN. — Normalien für die Erstellung von Heilstätten für Lungenkranke in der Schweiz (Berne, 1892).
- Statistica delle cause di morte nell'anno 1893 (Ministero di Agricoltura Industria e Commercio).
- SOILY (S.-E.). — Report upon cases of tubercular laryngitis treated in Colorado Springs (*Therapeutic Gazette*, nov. 15, 1893).
- MOELLER. — Les sanatoria pour le traitement de la phtisie (Bruxelles, 1894).
- PETIT (L.-H.). Hygiène des sanatoria (*Revue de la tuberculose*, décembre 1894).
- KNOFF. — Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire (Paris, Carré et Naud, 1895, 2^e édition, 1900).
- FOA (P.). — Relazione sui sanatorii popolari per la profilassi della tubercolosi (Atti della società piemontese d'igiene, 1896).
- OTIS (E.-O.). — The sanatorium or closed treatment of phtisis (*New-York medical journal*, June 13, 1896).
- LAUTH. — Traitement de la tuberculose par l'altitude (br. 1896).
- SABOURIN. — Traitement rationnel de la phtisie (1 vol. relié in-12, 1896).
- LALESQUE. — Cure marine de la phtisie pulmonaire, 1897).
- TRUDRAN. — Sanatoria for the treatment of incipient tubercolosis (*Medical Record*, feb. 13, 1897).
- GATTI. — I sanatorii nella profilassi e nella cura della tubercolosi, 1897).
- FRANKEL. — Der Berlin-Brandenburger Heilstättenverein für Lungenkranke und seine Heilstätte in Belzig (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1898, n° 46).
- Die Handhabung des Heilverfahrens bei Versicherten durch die han-

seatische Versicherungsanstalt für Invaliditäts und Altersversicherung im Jahre 1898 und Ergebnisse des Heilverfahrens bei Lungenkranken Versicherten bis Ende, 1898.

ZUBIANI. — La cura razionale dei tisiici e i sanatorii. Milano Hoepli, 1898.

ROSSI DORIA (T.). — L'istituzione di sanatorii-ospizi per la cura e la profilassi della tubercolosi in Italia (*Policlinico*, anno IV, 1898).

WALTERS. — Sanatoria for Consumptives. London, Sonnenschein et C. 1899.

BOWDITCH. — Sanatoria in the treatment of tuberculosis (*Medical News*, october 14, 1899).

CHUQUET (A.). — L'hygiène des tuberculeux (Paris, Masson et Cie. édit., 1899).

HUEFFE (F.). — Sull'agitazione per i sanatorii (*Berlin klin. Wochenschrift*, 1899).

COZZOLINO (V.). — I sanatorii per i tubercolotici polmonari in Davos (Napoli, Tocco, 1899).

— « Norme e considerazioni sulla fondazione ed ubicazione dei sanatorii (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, anno II, n° 9).

LORENTZ (H.). — Ueber die Aufnahme von Kehlkopftuberculosen in Lungenheilstätten (*In Petersburger medicinische Wochenschrift*, XXIX, Jahrgang, u. 50, 1899).

DE RENZI (G.). — La tubercolosi nell'esercito con alcuni confronti con la popolazione civile del regno (Roma, Voghera, 1889).

ACCORIMBONI (F.). — La cura igienica della tubercolosi ed i sanatorii pei tisiici (L'idrologia e la climatologia, anno X, fasc. 4-6, 1899).

DI VESTRA (A.). — La difesa della società contro la tubercolosi ed i sanatorii per i tisiici. Conferenza al circolo filologico livornese del 14 aprile 1899 (Milano Stabilimento Tipografico A. Roncali, 1899).

DURANTE (F.). — Contro la tubercolosi. Una visita alla villa Igea. Sanatorio per i tisiici in Palermo (Suppl. al *Policlinico*, anno VII, n° 6, 1899).

BIZZOZERO (G.). — Contro la tubercolosi (Milano fratelli Treves, 1890).

PANNWITZ. — Deutsche Industrie und Technik bei Einrichtung und Betrieb von Sanatorien und Krankenhäuser (Berlin).

MURAT (L.). — Etude clinique sur les contrindications de la cure d'altitude (*Archives générales de médecine*, 77^e année, nouvelle série, tome II, n° 2).

RANSOME (A.). — Remarks on the pura-air treatment of phtisis at home (*British medical journal*, n° 2039, 27 gennaio 1900).

KNOFF. — Sanatorium treatment at home for patients suffering from tuberculosis (*Medical Record*, Janvier 27, 1900).

COURTOIS-SUFFIT. — Sur le traitement de la tuberculose. L'alimentation des tuberculeux (*Gazette des Hôpitaux*, p. 25, 60, 87, 119, 147, 185).

BELTRAME (V.). — Tubercolosi e sanatorii (Casale Tip. eredi Maffei, 1900).

RUATA (C.). — Cura e guarigione della tubercolosi polmonare (Città di Castello, S. Lapi, 1900).

- ROSATI (T.). — La tubercolosi polmonare nell'esercito e nell'armata italiana (*Rivista Marittima*, febb. 1900).
- OSTLER (W.). — The home treatment of consumption (*Maryland medical journal*, January 1900, vol. XLIII, n° 1).
- MILLET (C. S.). — The night air of New-England in the treatment of consumption (*Maryland medical journal*, January 1900, vol. XLIII, n° 1).
- REGNARD. — La cure d'altitude (Paris, in-8 cart., 29 pl. et 110 fig., 1900).
- STERN. — Il clima delle alture è ancora un fattore di guarigione nella terapia della tisi? (*Zeitschrift für praktische Aerzte*, n° 1, 1900).
- FRASSI (A.). — La croce rossa e i sanatorii per i militari tubercolosi (*La clinica moderna*, anno, VI, n° 13, 28 marzo 1900).
- LUSTIG (A.). — La lotta contro la tubercolosi (*Nuova Antologia*, anno XXXV, 16 marzo 1900).
- PADULA (F.). — La questione della tubercolosi (*Rivista politica letteraria*, anno IV, fasc. 1, 15 aprile 1900).
- PARFOWITZ. — Assistenza delle famiglie di operai curati nei sanatorii ed assistenza degli operai dopo la loro uscita dai sanatorii (Rapport au congrès de la tuberculose de Berlin).
- MAYER. — Ufficio e doveri delle diverse casse di assicurazione per operai nella lotta contro la tubercolosi (*Idem*).
- REICHE. — Risultati ottenuti nei sanatorii creati dalle casse anseatiche di assicurazione (*Idem*).
- PARFOWITZ. — Sanatori per tubercolotici poveri in Germania (*Idem*).
- RHO (F.). — Una visita a Villa Igica et la cura Cervello contra la tubercolosi polmonare (*Ann. di med. Nav.*, anno VI, fasc. 3, 1900).
-

IV

REMEDES POPULAIRES EMPLOYÉS DANS L'INDE POUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS AURICULAIRES

Par **JEHANGIR J. CURSETJI** (de Bombay).

Une liste de prescriptions et de médicaments en usage parmi les indigènes hindous pour soigner des maladies d'oreilles et dont la plupart sont mentionnés dans le vieil ouvrage médical sanerit, le *Sasruta*, constitue le complément de mon article sur la *pratique otologique dans l'Inde*, publié dans le numéro de février des *Annales*.

1. Contre l'*otalgie* (douleurs névralgiques ou autres), on emploie :

a) Le jus de gingembre frais, le gingembre officinal, à l'origine *Adoo*.

Le miel.

Le *sindhwa* (sel de roche naturel, composé de chlorure de sodium impur et de magnésie).

L'huile de moutarde noire (*Brassica campestris*).

Les crucifères, à l'origine *Sarsu Tel*.

Les matières énoncées ci-dessus sont mélangées avec soin, puis bouillies et on les instille ensuite à petites doses dans l'oreille après refroidissement.

b) Bulbe d'*allium sativum* (Liliacée), à l'origine *Lahsan*.

Jus de gingembre frais.

La base du *moringapterygosperra* (*Moringae*), à l'origine *Shégat*.

Des graines de *crataeva religiosa* (Capparidée), à l'origine *Vaya varna*.

Le suc du raphanus sativus (Crucifère), à l'origine *Mula*.

Les feuilles de musa sapientum (Scitaminacée), à l'origine *Kél*.

On chauffe le jus exprimé de toutes ces plantes, puis on l'exprime dans l'oreille.

c) Jus de cannabis sativa (Urticacée), à l'origine *Bhang*.

Suc de gingembre frais.

Extrait d'opium liquide.

Huiles extraites de l'allium sativum, à l'origine *Lahsan* et de l'allium sipa (liliacée), à l'origine *Kand*.

Tous ces liquides sont instillés séparément pour soulager les otalgies.

d) On met un peu de beurre clarifié sur une feuille de calotropis géant (Asclépiadé), dite primitivement *Akra* et on chauffe la feuille sur le feu. Ensuite on la presse et quelques gouttes de jus ainsi obtenues sont instillées chaudes dans l'oreille,

e) On incorpore dans de l'huile extraite du Brassica campestris les trois substances suivantes pour atténuer en instillations la douleur violente : des crucifères à l'origine *Sarsu Tel* du sel de roche ; la ferula alliacea (Ombellifère), dite primitivement *Vagharni* du gingembre sec.

2. On se sert dans les cas d'otorrhée simple :

a) De l'écaille de la seiche brûlée au four, et pulvérisée, dont on insuffle une petite quantité après un nettoyage soigneux de l'oreille.

b) Le jus du fruit du Gossypium herbaceum (Malvacée).
Origine : *Kapsi*.

Poudre d'écorce de Shorea robusta (Dipterocarpe).
Origine : *sal*.

Miel.

Installations du mélange dans l'oreille.

c) Huile tirée du Saussurea Lappa (Composite). Origine :
Ouplaite.

Assa foetida.

Bulbe d'acorus calamus (Aroïdée). Origine : *Vekhand*.

Le bois de cèdre deodara (Conifère). Origine : *Doedar*.

Le jus d'asperge racemosus (liliacée). Origine : *Satmul*.
Gingembre frais.

Shindhav (sel de roche).

On mêle le tout à de l'urine de mouton et on instille quelques gouttes dans l'oreille.

d) Huile tirée du jus exprimé des feuilles sèches de l'Eugenia Jambolana (Myrtacée). Origine : *Jambul*.

Mangifera indica (Anacardiacee). Origine : *Amba*.

Fruit du Feronia elephantum (Rutacée). Origine : *Kavitha*.

Gossypium herbaceum.

Suc des feuilles du Melia azadirachta (Méliacée). Origine : *Nimb*.

Huile exprimée du Pongamia glabra (légumineuse).
Origine : *Karanj*.

Instillation de cette mixture dans l'oreille.

e) On instille séparément les sucs suivants :

Tagetes erecta (Composite). Origine : *Galgota*.

Ruta Graveolens (Rutacée). Origine : *Sitab*.

Jasminum auriculatum (Oléacée). Origine : *Jai*.

Helecteres Isora (Sterculiacée). Origine : *Murudsingh*

Huile tirée des graines d'oroxylum indicum (Bignoniacee). Origine : *Phalphura*.

f) Après assèchement complet de l'oreille, on instille quelques gouttes de jus de limon ordinaire dans l'oreille qui suppure puis on y insuffle un peu de sépia officinale (Mollusca cephalopodia) finement pulvérisée. Ce remède est considéré comme très efficace dans les cas d'otorrhée chronique. On peut aussi se servir d'acide borique pulvérisé après l'instillation de jus de limon.

g) Contre la douleur et les suppurations, on prend environ un drachme de chacune des substances énoncées ci-dessous, on les pulvérise sommairement puis on les fait bouillir dans une once et demie d'huile de sésame et on en instille quotidiennement quelques gouttes dans l'oreille.

Anacyclus Pyrethrum (Composite). Origine : *Akalkaro*.
 Caryophyllus aromaticus (Myrtacée). Origine : *Laving*.
 Ptychotis Ajivan (Ombellifère). Origine : *Ajmo*.
 Symplocos Racemosae (Styracée). Origine : *Lodar*.
 Saussurea Lappa (Composite). Origine : *Ouplaite*.

3. Dans les cas d'otorrhée fétide, on emploie :

a) L'huile tirée du mangifera indica (Anacardiaceé).
 Origine : *Amba*.

Eugenia Jambolana (Myrtacée). Origine : *Jambul*.

Ficus bengalensis (Urticacée). Origine : *Vad*.

Bassia latifolia (Sapotacée). Origine : *Moha*.

Huile exprimée du sésame indien (Pedalinée). Origine :
Til.

Préparer une mixture et en instiller quelques gouttes dans l'oreille.

b) Instillation de quelques gouttes d'huile exprimée du jasmin auriculé. Origine : *Jai*.

4. Contre la surdité.

a) Exprimer le suc du fruit de l'aegle marmalos (Rutacée).

Origine : *Bael* mélangé à de l'urine de vache.

Lait de chèvre.

Huile de sésame.

Eau.

Instiller quelques gouttes de ce mélange après ébullition.

b) Vitex negundo (Verbenacée). Origine : *Lingur*.

Jasminum auriculatum.

Calotropis Gigantea (Asclepiadée). Origine : *Akra* ou *Rui*.

Eclipta alba (Composites). Origine : *Bhangra*.

Allium sativum (Liliacée). Origine : *Lahsan*.

Musa sapientum (Scitaminacée). Origine : *Kel*.

Gossypium herbaceum.

Morynga pterygosperma.

Gingembre officinal.

Ocimum Sanctum (Labiataée). Origine : *Tulas*.

Memordica Charantia (Cucurbitacée). Origine : *Karla*.

Aconitum Ferosc (Renonculacée). Origines : *Bachnab*,

Bush ou *Bikk*.

Cette combinaison formidable constitue une sorte de panacée

universelle contre tous les maux d'oreilles, on l'oppose à la surdité, aux bourdonnements, aux otorrhées, aux otalgies et aux larves.

5. Larves de l'oreille. Pour en délivrer les malades, on a recours :

a) Au suc d'*eclipta alba*. Origine : *Maka*.

Morynga pterygosperma.

Bulbe de *glonosa superba* (Liliacée). Origine : *Nagkaria*.

On instille ce jus dans l'oreille puis on y insuffle sous forme de poudre :

Du gingembre sec.

Du *piper nigrum* (Piperacée). Origine : *Kalimeri*.

Du *piper nigrum* originaire de *Pipli*.

6. Contre les bruits auriculaires :

a) Jus de limon.

Piper longum.

Miel.

Instillation de cette mixture dans l'oreille.

b) Un sel, ou une décoction dans l'huile de sésame d'*achyranches aspera* (Amarantacée). Origine : *Aghada*.

Nous donnons ci-après la liste de certaines plantes indiennes employées dans les affections auriculaires.

Nom botanique	Ordre naturel	Nom d'origine	Partie de la plante employée	Usages
1. <i>Gossypium stocksii</i>	Maloacée	<i>Kapsi</i>	Feuilles	Suc chaud pour soulager la surdité et l'otorrhée.
2. <i>Cleome viscosa</i>	Capridée	<i>Kánphti</i>	"	Jus des feuilles incorporé à de l'huile de sésame contre les suppurations.
3. <i>Feronia elephantum</i>	Rutacée	<i>Kavitha</i>	Fruit	Pour l'otorrhée.
4. <i>Raphanus sativus</i>	Crucifère	<i>Mula</i>	Feuilles	Contre les otalgies.
5. <i>Crataeva religiosa</i>	Capparidée	<i>Vayavarna</i>	Graines	Dans les cas d'otalgies, d'inflammation externe du pavillon et du conduit auditif.
6. <i>Asparagus racemosus</i>	Liliacée	<i>Satmuli</i>	Suc de la racine fraîche	Les graines sont sommairement pulvérisées, mêlées à de l'eau, chauffées puis appliquées.
7. <i>Acorus calamus</i>	Aroïdée	<i>Vekhand</i>	Jus du rhizome frais	"
8. <i>Careya arborea</i>	Myrtacée	<i>Kumbha</i>	Calices des fleurs	Contre l'otorrhée et la douleur.
9. <i>Bassia latifolia</i>	Sapotacée	<i>Moha</i>	Suc des fleurs et graines	"
10. <i>Eugenia jambolana</i>	Myrtacée	ou <i>Mohurá</i> <i>Jambúl</i>	Suc des feuilles sèches	"
11. <i>Piper longum</i>	Piperacée	<i>Pipli</i>	Graines	Pour détruire les larves de l'oreille et dans les cas d'otorrhées sèches et purulentes.

12. Piper nigrum	» Rutacée	<i>Kali-miri</i> <i>Bil</i> <i>Amba</i>	Fruit Suc des feuilles et fruits Racine	Contre la surdité. Dans l'otorrhée.
13. Aegle marmelos.	Anacardiacee			
14. Mangifera indica				
15. Butea frondosa	Légumineuse	<i>Polas</i> ou <i>Khakhro</i>		Mâcher la racine et aussi la racine de Valériane Hardwick avec les dents, ramasser la salive et en instiller une goutte, dans l'oreille pour détruire les larves et les mouches qui y ont pénétré.
16. Pongamia glabra	» Moringée	<i>Karanj</i> <i>Shégat</i>	Racine	Anti-otalgique et destruc- teur de larves.
17. Moringa pterygosperma.			Jus de fruit Racine Feuilles	Surdité et bruits.
18. Momordica charantia.	Cucurbitacée	<i>Kar-lá</i> <i>Lal-Chitra</i>		»
19. Plumbago rosea.	Plombaginée	<i>Nimb</i>		»
20. Melia azadirachta	Méliacée			»
21. Calotropis gigantea	Asclepiadée	<i>Akrú</i>		»
22. Tagetes patula	Composite	<i>Shend</i> <i>Máhá</i> ou <i>Shangrá</i> <i>Lingur</i>	Suc de fleurs Feuilles et tiges Feuilles et racines	»
23. Eclipta alba	»		Feuilles Feuilles Semenes	»
24. Vitex Nigundo	Verbenacée		Suc de l'épi mûr et des feuilles	»
25. Ocimum Sanctum	Labiacée	<i>Tulas</i>		»
26. Trigonella frænum graecum.	Légumineuse	<i>Méthi</i>		»
27. Achyranthes aspera	Amarantacée	<i>Aghadú</i>		»

Nom d'origine	Ordre naturel	Non d'origine	Partie de la plante employée	Usages
28. <i>Jasminum auriculatum</i>	Oléacée Urticacée Scitiminacée Composite Liliacée	<i>Jai</i> <i>Pipal</i> <i>Vad</i> <i>Ket</i> <i>Hajarigol</i> <i>Kando</i>	Feuilles et fleurs Racine pulvérisée Suc des feuilles Feuilles Bulbe	Otalgie et suppurations. Contre l'otorrhée très fétide. Pour soulager l'otalgie. Bruits, suppuration et douleurs d'oreille. Chauffer le suc sur le feu avec des parties égales d'huile de <i>Brassica</i> compestres et en instiller quelques gouttes pour atténuer la souffrance et comme germicide. Mélange comme ci-dessus instillé dans l'oreille dans les cas de bruits, d'irritation et de démangeaisons. Instillation de ce suc mêlé à un peu de carbonate de soude ordinaire pour calmer l'otorrhée et la douleur. Contre l'otalgie et la suppuration. Pour soulager les violents maux d'oreille. Contre la douleur, la tuméfaction et l'inflammation du conduit auditif et du pavillon. Otalgies et suppurations.
29. <i>Ficus religiosa</i>				
30. <i>Ficus bengalensis</i>				
31. <i>Musa sapientum</i>				
32. <i>Calendula officinale</i>				
33. <i>Allium cepa</i>	Gingembreacée Aurantiacée Labiacée Renonculacée Solanée	<i>Adoo</i> <i>Bijoroom</i> <i>Satjo</i> <i>Bashadgh</i> <i>Bish</i> ou <i>Bikh</i> <i>Kali-dandi-</i> <i>cha-Dhatura</i> <i>Bhang</i> <i>Ouplatte</i>	Suc de rhizome frais Jus de fruit Suc de feuilles Racine Jus des feuilles et tiges Racine	
34. <i>Gingembre officinal</i>				
35. <i>Citrus medica</i>				
36. <i>Osimum basilicum</i>				
37. <i>Aconitum ferox</i>				
38. <i>Datura fastuosa</i>	Urticacée Composite			
39. <i>Cannabis sativa</i>				
40. <i>Saussurea</i>				

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1900.

Séance du 14 mai.

Président : D^r LUC.

1. A. RAOULT (de Nancy) et BRINDEL (de Bordeaux). — **Rapport sur les ulcérations de l'amygdale.** — Les auteurs définissent d'abord l'*ulcération* de l'amygdale, et éliminent, de ce fait, toutes les érosions, toutes les affections où il n'y a pas une perte de substance intéressant au moins toute la profondeur de la muqueuse. Ils laissent de côté aussi les fistules, les abcès, l'amygdalite, les anémies, etc.

Ils ont classé les différentes ulcérations en trois catégories :

1^o *Ulcérations primitives*, constituant à elles seules toute la maladie ; ce sont l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, l'amygdalite ulcéro-membraneuse, la gangrène primitive, les pseudo-diphthéries ulcéreuses ;

2^o *Ulcérations secondaires* survenant comme épiphénomènes dans le cours d'une autre maladie. Cette catégorie comprend : les ulcérations infectieuses (diphthéries compliquées, fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, morve) et les ulcérations tuberculeuses.

3^o *Ulcérations symptomatiques* révélant l'existence de la maladie qui les a engendrées, telles sont celles du lupus, les ulcérations scrofulo-syphilitiques, celles de la syphilis et des tumeurs malignes.

Cette classification, faite au point de vue clinique, est cependant imparfaite, car quelques ulcérations de la seconde classe comme celles de la tuberculose et la morve, pourraient rentrer dans la troisième. De même, la gangrène n'est souvent qu'une complication d'une autre lésion tonsillaire, elle pourrait donc entrer dans le cadre de la seconde classe.

L'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë a été décrite par Moure et étudiée au point de vue histologique par Brindel. Elle est due à la formation d'un kyste lacunaire qui se fait jour au dehors et

laisse à sa place une ulcération recouverte d'une matière pultacée ; affection bénigne évoluant en dix à quinze jours.

L'amygdalite scléro-membraneuse, localisation amygdalienne de la stomatite ulcéro-membraneuse, semble due à la pullulation du bacille fusiforme décrit par Vincent, Orbel, Bernheim et Plant. Son évolution présente : un premier stade membraneux diphthéroïde, décrit par Vincent ; et un second stade ulcéro-membraneux proprement dit étudié surtout par Raoult et Thiry. Cette affection, par suite de son apparence au dernier degré de son évolution, a prêté à confusion avec la maladie précédente. La différenciation est nettement établie et reconnue à l'heure actuelle par tous.

Pour l'amygdalite lacunaire ulcéreuse, le traitement de choix consiste en des attouchements au chlorure de zinc. Dans l'amygdalite ulcéro-membraneuse, la guérison a été rapidement obtenue par l'usage de comprimés de chlorate de potasse, et par des attouchements au menthol camphré.

La gangrène peut revêtir deux formes : l'une circonscrite guérissant assez souvent, l'autre diffuse, se compliquant de phénomènes infectieux graves. La gangrène, rarement primitive, est le plus souvent une complication d'une ulcération préexistante : diphthérie, syphilis, etc. Les pseudo-diphthéries ulcéreuses sont le plus souvent engendrées par le streptocoque, on doit distinguer la forme primitive (de beaucoup la plus fréquente), et la forme secondaire du début de la scarlatine. Celle-ci présente trois variétés : la variété bénigne, la variété dite pharyngite nécrotique d'Henoch et la variété septique.

Dans la diphthérie, on n'a jusqu'ici rencontré d'ulcérations que dans les cas compliqués d'infection secondaire due au streptocoque le plus souvent. L'affection prend souvent des caractères gangréneux et septiques très graves.

Dans la fièvre typhoïde les ulcérations ne portent que rarement sur les amygdales, elles atteignent plus souvent les piliers du voile du palais. Il n'existe rien de typique pour les ulcérations de la scarlatine et de la rougeole, en dehors des pseudo-diphthéries qui les compliquent souvent. La morve atteint rarement l'amygdale, elle se manifeste alors par de petits abcès formés dans la masse de l'organe et laissant des ulcérations suppurant abondamment.

La tuberculose des amygdales revêt, soit la forme miliaire, soit la forme ulcéreuse. Cette dernière peut évoluer à l'état aigu ou à l'état chronique. Les auteurs insistent sur l'aspect végétant que revêtent le plus souvent ces ulcérations.

Le lupus évolue soit uniquement sur l'amygdale, ou bien est

une propagation sur cet organe d'une lésion d'un organe adjacent. Dans le premier cas, il y a hypertrophie des tonsilles qui sont violacées et creusées en un point d'une ulcération profonde, bourgeonnante. Dans la seconde forme, au contraire, l'amygdale semble réduite et rongée par le loup.

Les ulcérations scrofulo-syphilitiques tiennent, comme aspect et évolution, à la fois du loup et de la vérole.

Les auteurs présentent longuement les ulcérations de la syphilis dont le diagnostic est très important : chancre, syphilides secondaires et tertiaires. Il est très important de bien connaître les ulcérations tertiaires primitives qui portent souvent sur les amygdales.

La différenciation des ulcérations des diverses tumeurs malignes est difficile, comme l'ont montré Luc, Lermoyez et Arslan, et il faut répéter l'examen histologique pour assurer le diagnostic.

Le travail se termine par un tableau synoptique des différents symptômes des diverses ulcérations de l'amygdale, mettant en parallèle les signes différentiels de chacune d'entre elles.

2. J. GAREL. — Les sinusites aiguës maxillaires et frontales pendant l'épidémie de grippe de l'hiver 1899-1900. (résumé de l'auteur). — La fréquence des sinusites pendant les précédentes épidémies de grippe a déjà été signalée. Dans l'hiver dernier, j'ai eu l'occasion d'observer un nombre de sinusites aiguës comme je n'en avais jamais rencontré antérieurement, et surtout dans un laps de temps relativement court. J'ai traité 12 cas qui se répartissent presque tous dans les deux premiers mois de l'année courante. Sur ce chiffre j'ai noté neuf sinusites maxillaires et trois sinusites frontales. Toutes sont survenues à l'occasion de la grippe. La durée moyenne a été relativement courte dans la majorité des cas, une semaine environ.

Je peux dire que la guérison a été spontanée dans tous les cas, car je n'ai fait aucune intervention et je me suis contenté de prescrire un traitement calmant : lotions tièdes et inhalations mentholées.

Le diagnostic a toujours été confirmé par la recherche de l'opacité de la joue ou de la région frontale et aussi par la recherche de la perception lumineuse subjective.

L'examen microscopique du pus ne m'a pas permis de déceler le bacille de Pfeiffer qui avait été trouvé récemment dans un cas par Max Moszkowski.

Il est certain que ces sinusites aiguës grippales doivent être

assez fréquentes, mais la plupart des cas échappent à l'examen médical.

3. LERMOYEZ et MAHU. — **Emploi de l'air chaud en rhinologie.** — (Voir p. 4).

4. J. MOURE (Bordeaux). — **Sur un cas d'épiglectomie par la voie externe.** — Les procédés habituellement employés pour enlever l'épiglotte sont l'ablation par les voies naturelles, à l'aide des pinces coupantes, et la voie externe. Le premier mode opératoire convient surtout dans les cas de lésion limitée aux bords libres de l'opercule glottique (ulcérations tuberculeuses, petites tumeurs bénignes en général, néoplasmes malins tout à fait au début).

Mais lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes ayant envahi cet organe en totalité, souvent même une petite portion de la base de la langue, *il est obligatoire* de recourir à l'intervention par la voie externe; deux procédés alors peuvent être mis en usage: la voie trans-hyoïdienne transversale ou verticale. L'auteur rejette la voie transversale, même en pratiquant l'ablation de l'os hyoïde, telle que l'a préconisée récemment le Dr Jaboulay, de Lyon, pensant qu'il est plus facile de passer dans le raphé médian et d'écarter simplement les muscles de la région, au lieu de les sectionner en travers. On arrive ainsi très rapidement sur la base de la langue, qu'il suffit de sectionner pour tomber sur l'épiglotte.

Après avoir pratiqué une incision verticale partant du tissu de l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale, avoir mis à nu toute la région, coupé l'os hyoïde (procédé de Gussembauer et Vallas), M. Moure, avant d'ouvrir la base de la langue, met la canule trachéale qui a l'avantage d'assurer la respiration du malade, de rendre facile la narcose et d'éviter l'entrée du sang dans les voies aériennes puisqu'une fois la région ouverte on peut aller immédiatement, avant toute autre intervention, bourrer l'entrée du larynx avec une lanière de gaze stérilisée. Ceci fait, chargeant l'épiglotte sur l'index de la main gauche, on la ramène facilement au dehors et elle est sectionnée à sa base, avec des ciseaux de préférence. On peut ensuite déjeter les bases de l'incision linguale au dehors pour les examiner tout à son aise, et les réséquer dans tous les points où cet organe paraîtrait envahi en dépassant même les limites de l'infiltration. L'opération ainsi pratiquée est très facile à faire et la trachéotomie, loin de compliquer l'intervention, la facilite. On peut, dès le troisième ou le quatrième jour, enlever la canule, si toutefois l'œdème inflamm-

matoire consécutif permet à l'air de passer facilement par le larynx.

Dans un cas opéré par ce procédé, M. Moure a vu les choses marcher d'une façon tout à fait normale, et le malade être complètement guéri de son intervention huit jours après. On peut toujours ainsi, ce qui est très important dans l'espèce, faire la réunion immédiate de la plaie par plans successifs, base de la langue d'abord, plan musculaire ensuite, au catgut, et peau avec des crins. Le malade dont il s'agit était atteint d'un épithélioma de l'épiglotte; il est opéré depuis bientôt six mois: jusqu'à ce jour il n'existe aucune trace de récurrence.

5. BONNIER. — **Diagnostic précoce de la surdité par l'épreuve paracousique.** — P. B. propose de rechercher la paracousie de Weber non sur le crâne, où la trépidation du diapason éveille dans la caisse le réflexe d'interception et crée une cause d'erreur, mais sur un point éloigné du corps, tel que le genou, d'où la trépidation n'atteint plus guère l'oreille, mais d'où le son se fait entendre dans une oreille atteinte dans son appareil de transmission. Un sujet dont l'oreille ne présente aucun symptôme de surdité, peut être reconnu menacé de surdité progressive s'il entend dans cette oreille le son d'un gros diapason appliqué sur le genou, alors qu'il ne l'entend plus par l'air à cette distance. Ce signe peut manquer dans des affections confirmées, mais sa présence affirme toujours une gêne apportée à l'inertie des milieux oscillants de l'oreille et par conséquent la menace d'une surdité qu'il importe de diagnostiquer à l'état naissant.

6. MOLINIÉ (de Marseille). — **Deux abcès sous-dure-mériens, dont un gazeux, ouvert au cours d'une trépanation mastoïdienne** — La malade qui fait l'objet de cette observation est une fillette de 8 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée et qui a vu survenir après la suppression de l'écoulement des phénomènes locaux et généraux, très graves. Douleur, céphalalgie grands frissons, accès de fièvre, exophtalmie du côté malade, torpeur intellectuelle.

On constate un phlegmon de la fosse temporale qui, incisé, donne issue à un pus fétide, mal lié avec des grumeaux grisâtres.

La trépanation mastoïdienne montre l'antre bourré de pus et de fongosités englobant le sinus latéral dépourvu de paroi osseuse. Au niveau du toit de l'antre, premier abcès sous-dural donnant

issue à un pus jaune crème. Plus en avant, dans la direction de l'aditus, deuxième abcès, à pus blanc, spumeux dont les bulles en crevant répandaient une odeur infecte.

Les abcès gazeux sont peu communs. On ne les a point jusqu'à ce jour signalés sous la dure-mère. Néanmoins Sacquepée en a ouvert un qui siégeait dans le cerveau. L'élément pathogène de cette affection est inconnu, mais on sait que le vibrion septique de Pasteur doit être mis hors de cause dans la détermination de ce genre de phénomènes.

7. NOQUET (de Lille). — **Un cas de tumeur du voile du palais.** — N. présente une tumeur du voile du palais qu'il a enlevée, chez un enfant de trois mois, avec l'obligeant concours de M. le Professeur Folet, de Lille.

Cette tumeur, qui avait une forme de massue, s'implantait, sur le bord libre du voile du palais, à gauche et environ à 0^m,01 de la luette. Le pédicule, long d'à peu près 0^m,02, était gros comme une plume d'oie; l'extrémité renflée, qui lui faisait suite, avait assez bien le volume et la forme d'une grosse olive. La tumeur était de coloration rosée, complètement lisse et de consistance ferme.

En temps ordinaire, elle pendait, dans le pharynx, derrière la base de la langue; quand on abaissait modérément cette dernière, on n'apercevait qu'une faible partie du pédicule. Si l'on abaissait fortement la langue, la tumeur se plaçait sur le dos de cet organe, en se pliant au niveau de la jonction du pédicule et de la partie renflée.

La tumeur, très mobile, venait, évidemment, à certains moments, obstruer, en partie, l'orifice du larynx, car elle provoquait de fréquents accès de suffocation, pendant lesquels la face se cyanosait.

M. Noquet lia le pédicule, au ras du voile du palais, avec un fort fil de soie, et le sectionna avec des ciseaux, à 0^m,01 environ de la ligature. Il n'y eut aucune perte de sang. Le pédicule tomba spontanément au bout de huit jours, et la guérison fut complète. Les accès de suffocation ont tout à fait disparu.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Bourriez, de Lille. C'était un fibro-myxome contenant de nombreux vaisseaux et recouvert par un épithélium assez épais, présentant, en certains points, des papilles ou villosités. Cette tumeur n'a, par conséquent, aucune analogie avec les tumeurs mixtes du voile du palais, qui ont fait l'objet, il y a quelques années, d'un travail

très complet de M. le Prof. Berger. Ces tumeurs mixtes contiennent, en effet, au milieu d'un stroma de tissu conjonctif, des éléments épithéliaux ou épithélioïdes.

Séance du 15 mai

8. LAURENS. — Rapport sur la septico-pyohémie d'origine otique.

— Au point de vue étiologique, pathogénique et évolutif, il faut distinguer les septico-pyohémies otiques suivant qu'elles sont ou non déterminées par une thrombo-phlébite des sinus crâniens. Cette étude fait l'objet de la première partie du rapport.

Dans un second chapitre, l'auteur formule, en se basant sur son expérience personnelle et sur des données nombreuses puisées dans la littérature, les conclusions suivantes au point de vue du traitement chirurgical de ces infections otiques.

1. — Septico-pyohémies par thrombo-phlébite.

Etant donnée une septico-pyohémie reconnue d'origine otique, en déterminer la variété; est-elle due ou non à une thrombo-phlébite sinuso-jugulaire? Comme dans les deux cas les symptômes généraux, frissons, fièvre, sont à peu près identiques, on se basera, pour le diagnostic différentiel, sur les indices suivants :

1^o Les accidents surviennent-ils au cours d'une otite aiguë avec ou sans mastoïdite, avec abcès métastatiques périphériques : il est probable que cette septicémie n'est pas due à une phlébite des gros canaux veineux cranio-cervicaux, et qu'elle relève plutôt d'une infection streptococcique dont les veines du rocher sont le point de départ.

En pareil cas, paracenthèse.

Si les accidents persistent, malgré le drainage de la veine : trépanation exploratrice de l'apophyse avec dénudation du sinus.

Y a-t-il mastoïdite? même conduite, mise à nu du sinus.

a. Le sinus est sain : on referme et on attend.

b. Il est douteux : on attend encore vingt-quatre à quarante-huit heures.

Si au bout de ce temps la pyémie continue à évoluer, ponction ou incision du vaisseau.

c. Il est malade : ligature de la jugulaire suivie de l'ouverture sinusale.

2^o La septicémie complique-t-elle une otorrhée fétide ancienne,

avec ou sans mastoïdite, avec métastases pulmonaires : il y a des chances pour qu'il y ait phlébite sinuso-jugulaire.

Si sa veine cervicale est nettement thrombosée ou abcédée, on procède à la ligature on ouvre l'apophyse et l'on va au sinus.

Si, ce qui est bien plus fréquent en clinique, on hésite sur l'état de la jugulaire et même du sinus, il est plus sage de renverser les temps opératoires, et alors suivant les lésions : la trépanation commence, l'exploration sinusale suit, la ligature continue et l'incision du sinus termine.

3^e Si, enfin, la pyémie est bien certainement otique, que la caisse se draine largement, que l'exploration manuelle sinuso-mastoïdo-jugulaire ne donne aucun résultat, on est, je crois, autorisé à lever les doutes par une trépanation apophysaire exploratrice avec dénudation du sinus.

Dans ces cas très graves, où le diagnostic n'est pas lumineux, il est préférable de trépaner inutilement que de méconnaître une phlébite.

La précocité de l'opération c'est la clef du succès. Un seul symptôme peut arrêter le bras du chirurgien : c'est la méningite confirmée, mais tant que les centres nerveux sont indemnes et que le malade vit, il faut tenter une intervention en dehors de laquelle son sort est fatal.

II. — *Septico-pyohémies otiques sans thrombo-phlébite.*

1^o Etant donnée une pyémie otique survenant dans le cours d'une otite aiguë, sans localisation mastoïdienne, sans symptômes infectieux graves faire un traitement purement otologique en assurant le drainage de la caisse par des paracenthèses. Soigner l'état général.

2^o Si la même pyémie s'accompagne de mastoïdite, ouvrir l'apophyse et dénuder le sinus pour l'explorer.

3^o Enfin, si la pyémie évolue sans réaction apophysaire, mais à grand fracas, avec signes de grande infection, ne pas hésiter à ouvrir l'antre ; s'il est sain, aller quand même au sinus, car il peut exister une sinusite sans mastoïdite. Faire suivre la dénudation d'une ponction ; si l'aiguille ramène du sang, s'abstenir ; s'il y a thrombose, inciser le sinus après ligature préalable de la jugulaire. Nous rentrons alors dans le cadre de la septico-pyohémie par thrombo-phlébite sinusale.

Les abcès métastatiques seront ouverts chirurgicalement et le traitement général de toute septicémie sera appliqué.

9. LUBET-BARBON et F. FURET. — **Diagnostic de la sinusite maxillaire avec la syphilis gommeuse du sinus.** — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de 52 ans, qui présentait depuis peu de temps une suppuration nasale, unilatérale, fétide, chez qui la rhinoscopie permettait de constater la présence de pus dans le méat moyen gauche et chez qui enfin le côté gauche de la face avait perdu sa transparence normale. Le lavage du sinus, après ponction par le méat inférieur, avait ramené du pus en petite quantité. On avait encore noté à l'examen que le nez était bouché à l'intérieur, gonflé et douloureux à l'extérieur, mais ces deux points si importants avaient d'abord paru négligeables, et le diagnostic de sinusite maxillaire avait été opposé. A l'opération, L-B. et F. F. constatèrent que le pus n'avait pas les qualités ordinaires du pus de l'empyème, mais qu'il était pris en masse et caséeux, que les lésions d'autre part n'étaient pas limitées à la cavité osseuse, mais qu'elles avaient envahi les parois, au point que la curette pouvait pénétrer sans effraction à travers le sinus dans la fosse nasale et jusque dans le naso-pharynx. L'opération fut alors arrêtée, et, après quinze jours de traitement ioduré intensif, la malade était guérie.

Cette observation engagea les auteurs à poursuivre cette étude des symptômes différentiels entre la sinusite maxillaire et la syphilis gommeuse du sinus.

Les deux affections ont des symptômes communs : la suppuration, la fétidité, l'unilatéralité, la disparition ou la diminution de la transparence. Le pus cependant, qui est abondant, crémeux, bien lié dans la sinusite, a des qualités différentes dans la syphilis. Là, il est moins abondant, et se présente sous la forme de blocs caséeux, blanc grisâtre, s'écrasant sous le doigt, et en masses parfois volumineuses. Ces blocs caséeux appartiennent, suivant les auteurs, à la syphilis. On retrouve aussi le même aspect dans les corps étrangers du nez. Jamais ces blocs caséeux ne constituent une maladie isolée et le nom de « coryza caséeux », qui avait été appliqué à ce symptôme par quelques auteurs insuffisamment informés, doit disparaître de la pathologie nasale.

La différence entre les deux suppurations peut n'être pas toujours très marquée. Deux signes, qui appartiennent à la syphilis, permettent toujours de faire le diagnostic, c'est la *douleur* et l'*obstruction nasale*. Dans la syphilis, la douleur est la règle. Une pression, même modérée, la met aisément en évidence. Elle peut être aussi spontanée, avec des exacerbations nocturnes. L'obstruction a des caractères nettement tranchés ; c'est une infiltra-

tion de la muqueuse nasale, un œdème rouge et dur des parois latérales qui sont gonflées dans certains cas jusqu'à venir en contact. Point important, si l'on badigeonne la muqueuse avec une solution de cocaïne, on n'obtient aucune rétraction.

40. SARREMOXE (de Paris.) — **Symptômes de la syphilis nasale.** — La syphilis nasale est décrite par les auteurs dans ses trois périodes.

Le chancre du nez, je veux dire le chancre intra-nasal, compte dans les statistiques des syphiligraphes pour la proportion de 1 sur 2000 cas de chancre. Il débute par une petite érosion de la muqueuse pituitaire rapidement suivie d'un petit ganglion du cou en avant du sterno-cléido mastoïdien. Le fond de l'ulcération est recouvert d'une mucosité blanchâtre adhérente, qui s'étend peu à peu, à mesure que l'ulcération s'agrandit et se creuse par l'épaisseur que prend la muqueuse circonvoisine. On a alors une masse fongueuse, saignant facilement, et ayant la rénitence d'une masse cartilagineuse. La répression commence du 12^e au 13^e jours, l'ulcération se cicatrise sans laisser de traces, sans perforation de la cloison.

On peut dire cliniquement que la syphilis secondaire des fosses nasales n'existe pas. Sur de nombreux malades syphilitiques secondaires que nous avons examinés à ce point de vue, nous n'avons jamais observé de manifestations spécifiques : les auteurs décrivent cependant le catarrhe érythémateux et les plaques muqueuses.

Les accidents tertiaires sont plus fréquents, plus graves et il est plus utile de les dépister de bonne heure. L'accident syphilitique tertiaire du nez est la gomme ; on peut diviser les symptômes auxquels elle donne lieu en deux catégories : les premiers qui précèdent l'ulcération sont les symptômes précoces ; les seconds, postérieurs à l'ulcération, seraient les symptômes tardifs.

Le siège le plus habituel des gommages du nez est la cloison, et surtout la tubercule de la cloison ; puis, par ordre de fréquence, le cornet inférieur, les os propres et le plancher.

C'est par du gonflement qu'elle se manifeste tout d'abord, ce gonflement est localisé, rouge, dur et non rétractile. L'écoulement nasal est peu abondant ; c'est un écoulement aqueux et intermittent qu'une excitation quelconque, qu'un attouchement de la muqueuse réveille.

Les névralgies sont fréquentes, localisées au sinus frontal ou prenant la tête en demi-casque, souvent d'une acuité intolérable,

tantôt diurnes, tantôt nocturnes, le plus souvent très marquées dans la soirée.

Le nez est certainement bouché, il l'est infiniment plus que ne le pourrait faire croire l'examen objectif. Il l'est presque d'une façon complète et autant pour le passage de l'air inspiré que pour l'expiration.

La gomme évolue, elle se ramollit, la respiration est peut-être plus aisée et un stylet à nez ordinaire poussé sur la tumeur devenue résistante la pénètre aisément. C'est alors qu'apparaît quelquefois de l'œdème des os propres qui est caractéristique de la spécificité.

Quand la gomme atteint le périoste, il se produit de la douleur à la pression, cette douleur est plus ou moins étendue, elle correspond surtout aux parties infiltrées ; il faut quelquefois une pression assez énergique pour la réveiller. Quand elle apparaît, il n'est que temps d'instituer vite un traitement, car elle marque un moment avancé de la maladie, il faut craindre que la tumeur ne s'ulcère.

Les symptômes tardifs sont connus depuis plus longtemps ; commençant avec l'ulcération, ils se terminent par l'élimination des séquestres, les pertes de substances et les déformations qui laissent la trace indélébile de la maladie.

Le malade mouche des croûtes purulentes, d'une odeur infecte et perçue également par le malade. Au fond de l'ulcération, le stylet sent un séquestre qui un jour se mobilise et s'élimine après un effort pour se moucher. Avec l'élimination du séquestre s'arrête la suppuration, mais la gomme pour se cicatriser se rétractera, et comme il n'y aura plus de séquestre pour la maintenir, le nez s'affaisse et s'aplatit. Depuis longtemps la cause de cette déformation est connue.

BAR (Nice). — On ne doit pas oublier de signaler un symptôme qui existe tôt ou tard, mais d'une façon constante lorsque la syphilis tertiaire nasale atteint la voûte palatine et sur lequel le malade appelle l'attention. C'est une petite tuméfaction indolore, siégeant sur la ligne médiane de la voûte palatine, laquelle devient fluctuante, reste indolente et s'ulcérera plus tard, laissant visible la nécrose de l'os sous-jacent et une perforation palatine.

Il faut mentionner aussi que le coryza ou la syphilis nasale n'est pas toujours douloureuse, mais toujours affreusement odorante, d'une odeur *suis generis*.

11. MOUNIER (de Paris). — **La syphilis nasale méconnue.** — L'auteur rappelle combien il est habituel de méconnaître la syphilis nasale, surtout quand elle revêt la forme d'une tumeur. Il préconise dans tous les cas douteux, les injections mercurielles solubles qui doivent, en quelques jours, fixer le diagnostic et amener, en cas d'accidents spécifiques, une rapide guérison sans déformation consécutive.

Il joint à son travail l'observation d'une volumineuse gomme à la fois intra et extra-nasale, occupant le vestibule, l'aile du nez et la lèvre du côté gauche. En l'absence de tout antécédent spécifique, on avait porté les diagnostics de sarcome et de lupus, et proposé au patient une large intervention.

Douze injections de biiodure d'hydrargyre ont amené une complète guérison.

12. LUC. — **Présentation de deux malades, opérés de laryngo-fissure suivant le procédé de Moure.** — Luc présente un malade âgé de 51 ans, opéré par lui, au mois de septembre dernier, de laryngo-fissure, suivant la méthode de Moure, pour un néoplasme de l'extrémité antérieure des cordes vocales, que l'examen du Dr Gombault révéla être de nature épithéliomateuse. Actuellement, l'état du malade ne laisse rien à désirer, et l'examen laryngoscopique ne montre pas traces de récurrence.

Luc rapporte, en outre, l'observation d'une fillette de 3 ans, chez laquelle il pratiqua la même opération, au mois d'août dernier, pour des papillomes des cordes vocales. L'enfant, n'habitait pas Paris, n'a pu être revue depuis; mais les renseignements obtenus à distance, dans ces derniers temps, établissent que, si la voix est demeurée enrrouée, l'enfant n'est plus sujette aux crises de suffocation qui avaient décidé l'intervention.

13. L. BAR (Nice) (Résumé de l'auteur). — **De la paralysie faciale au cours du catarrhe aigu de l'oreille moyenne.** — I. Le facial est exposé à des accidents paralytiques, plus ou moins complexes, par le fait seul d'inflammations aiguës de l'oreille moyenne.

II. La pathogénie est, en cette circonstance, un étranglement nerveux par propagation inflammatoire ambiante, indirecte, ou directe s'il y a déchéance du canal de Fallope. La congestion de l'artère stylo-mastoïdienne peut déterminer le même résultat.

III. La diffusion de la paralysie aux divers muscles que ce nerf moteur actionne localise d'une façon aussi rationnelle que précise le siège exact de l'altération du nerf.

IV. Il peut, cependant, se présenter quelques symptômes encore inexpliqués, tels que la déviation de la langue.

V. Dans le cas où le siège de la lésion du nerf est sur un point quelconque de son passage à travers le canal de Fallope, il faut essayer sans retard de la dégager par un procédé chirurgical.

VI. La simple ponction du tympan avec évacuation du pus peut suffire. On est obligé, quelquefois, d'avoir recours à une opération radicale sur la mastoïdite, attico-antrectomie, etc.

VII. Nous rapportons 3 cas de ce genre de paralysie avec intervention opératoire (myringotomie, trépanation mastoïdienne), tous suivis de guérison de la paralysie en deux semaines, maximum, et de leur affection otique en cinq et neuf semaines.

14. MALHERBE (de Paris). — De l'anesthésie au bromure d'éthyle dans la position de Rose pour les petites opérations pratiquées sur les voies respiratoires supérieures. — La position que j'utilise dans les petites interventions sur les voies respiratoires supérieures est la position de Rose, avec cette particularité qu'ici les malades sont endormis au bromure d'éthyle.

C'est le seul anesthésique pratique et véritablement efficace. Le nombre considérable d'anesthésies au bromure que j'ai pratiqué me permet d'affirmer que cet agent anesthésique n'est pas dangereux, si l'on se sert d'un produit chimiquement pur, préparé de fraîche date et si on le donne suivant certaines règles.

Quand le malade endormi au bromure est dans la résolution, on l'attire à l'extrémité de la table, de façon à ce que les épaules reposent sur le bord, la tête pende dans l'extension forcée où elle est immobilisée par les mains d'un aide.

On peut ainsi facilement pratiquer, sans que le sang pénètre dans les voies respiratoires ou l'estomac : végétations adénoïdes, affections des amygdales, catarrhe pharyngé postérieur, déviations de la cloison et tumeurs nasales, polypes naso-pharyngiens, sinusites maxillaires, laryngotomie, trachéotomie, etc.

L'usage du bromure est peu répandu, justement parce qu'on l'administre assis ou couché, positions qui sont loin de faciliter les manœuvres, par suite de l'écoulement du sang dans les voies respiratoires.

Pour donner le bromure d'éthyle, il faut d'abord verser sur une compresse quelques gouttes de cet anesthésique que l'on fait respirer au patient, puis, après 12 ou 15 secondes, on en verse largement 10 à 15 grammes et l'on applique la compresse, avec le moins d'air possible, sur le nez et la bouche. Quand le malade retient sa respiration ou se cyanose, on soulève la compresse pour

lui permettre de faire une inspiration d'air et on réapplique immédiatement la compresse. La narcose est obtenue en 40 ou 60 secondes. C'est le moment alors d'attirer le malade au bord de la table, la tête basse et de commencer l'opération.

Il faut opérer dans la deuxième phase d'anesthésie du bromure, caractérisée par l'accélération de la respiration. On peut, à ce moment, sans crainte de congestionner le patient, lui mettre la tête basse. Si l'opération est un peu longue, on peut verser une deuxième et une troisième fois une petite quantité de bromure sur la compresse, le malade restant dans la position de Rose. Il sera ainsi loisible de pratiquer des opérations de 5, 10 et 15 minutes.

13. Georges GELLÉ. — **Aphonie et ictère.** — Il s'agit de l'observation d'un ancien alcoolique qui, par deux fois, à un an d'intervalle, fut atteint d'ictère et d'aphonie.

G. Gellé vit le malade lors de la deuxième attaque et il put constater que les troubles vocaux n'étaient nullement dus aux lésions congestives du larynx qu'il s'attendait à trouver. Le larynx était normal; il n'y avait qu'une *double parésie des muscles constructeurs de la glotte*. Pas de troubles de la sensibilité; pas de toux.

L'auteur ne voit, pour expliquer cette parésie, qu'une infection probablement d'origine gastro-intestinale, favorisée par l'alcoolisme chronique du sujet, portant sur le foie et le larynx.

L'étude clinique du cas permet de croire à une névrite segmentaire périaxile, ce qui expliquerait la guérison survenue en six semaines, deux mois lors de la première atteinte, et qui aura vraisemblablement lieu dans le même temps dans le cas présent.

16. COLLINET. — **Malformation du larynx chez un homme, trachéotomisé longtemps auparavant pour le croup.** — C. a observé, à l'hôpital Boucicaut, dans le service du Dr Letulle, un homme de 31 ans, sujet à des crises de dyspnée très intense pendant le sommeil. Ces crises, caractérisées par un bruit de cornage laryngien très violent avec tirage sus-sternal et dépression profonde de la cicatrice d'une trachéotomie ancienne, s'accompagnaient d'accidents asphyxiques effrayants pour l'entourage et allant jusqu'à l'arrêt momentané de la respiration. Celle-ci, après une pause appréciable pendant laquelle le malade s'éveillait à moitié, reprenait un peu moins embarrassée jusqu'à ce qu'une nouvelle crise survienne.

Le malade avait été trachéotomisé à l'âge de 8 ans, pour de la diphthérie laryngée et avait eu, à la suite, de la paralysie des muscles des yeux, du voile du palais et du larynx. Il avait gardé sa canule deux ans et demi.

L'examen objectif fait découvrir un larynx un peu moins développé à droite qu'à gauche et une luxation en avant et en dedans du cartilage aryénoïde droit avec développement exagéré du repli aryéno épiglottique du même côté. Cartilage et repli sont entraînés par l'air inspiratoire jusqu'au contact des parties gauches du larynx, obturant presque complètement la cavité à la façon d'un clapet, sauf dans l'angle antérieur ; l'air expiratoire les soulève facilement. La résection du repli et d'un fragment du cartilage à l'aide d'une pince emporte-pièce a fait disparaître tous les accidents qui duraient depuis deux ans et allaient en progressant, surtout depuis trois mois.

La cause de cette lésion est attribuée à une paralysie diphthérique ayant amené l'atrophie des muscles laryngiens du côté droit. L'apparition des accidents asphyxiques, longtemps après la maladie causale, est probablement due à une exagération des lésions par suite d'excès de tabac et d'alcool.

17. EGGER. — **Angiome du conduit auditif externe.** — Paraîtra *in extenso*.

18. BONAIN (Brest). — **Traitement de l'otite fongueuse.** — J'emploie, dans l'otite moyenne fongueuse, un traitement qui me semble réaliser un progrès par l'efficacité et surtout la rapidité de ses résultats, puisqu'il m'a été donné parfois de tarir en six et huit jours des otorrhées datant de plusieurs années.

Les points essentiels de ce traitement sont : 1° L'*antisepsie* et l'*anesthésie*, réalisées à l'aide d'un seul et même agent dont, actuellement, nombre de nos confrères ont pu constater l'utilité : le *mentho-phénol-cocaïne anesthésique* ;

2° L'ablation aussi complète que possible des fongosités à l'aide des instruments habituels : serre-nœud, petite pince emporte-pièce et curettes variées selon les cas ;

3° La cautérisation, après *anesthésie* nouvelle des surfaces cruentées avec le chlorure de zinc pur, déliquescent ou au moins en solution à 1/5. Le chlorure pur est assez souvent douloureux, mais cette douleur est vite atténuée par une application nouvelle d'anesthésique. Parfois la douleur, toujours très supportable, a

persisté deux à trois heures, facilement calmée par un peu d'antipyrine.

La solution à 1/3 ne s'est jamais montrée douloureuse. On l'emploiera surtout en cas de lésions étendues à toute la caisse, réservant le chlorure pur pour les cautérisations limitées à de petites surfaces et celles des points plus gravement atteints (points osseux dénudés).

4° Le traitement consistant, après nettoyage du conduit avec un pinceau sec d'ouate hydrophile flambée, en l'introduction d'une légère mèche de gaze iodoformée et en l'obturation du conduit par du coton hydrophile aseptisé.

Séance du 16 mai.

19. J. MOLINIÉ (de Marseille). — **Hydrorrhée nasale.** — Cette dénomination doit être réservée aux cas d'écoulement nasal aqueux et profus, survenant sans douleur et sans symptôme d'irritation.

J'ai observé un exemple de ce genre chez une femme de 75 ans, atteinte depuis cinq mois d'écoulement de la narine gauche, constitué par un liquide clair et transparent, coulant goutte à goutte, jour et nuit sans discontinuité. Pas d'antécédents, état général bon. La quantité de liquide sécrété est de 450 grammes environ dans les vingt-quatre heures. La composition est la suivante :

Réaction légèrement acide,
Chlorure, 8^{gr},10 par litre,
Phosphates, traces,
Albumine, néant,
Mucine abondante,
Densité, 100° C.

Cette composition diffère de celle du liquide céphalo-rachidien, dont la réaction est alcaline, la densité de 10,08 à 10,20, et qui contient, en outre, de l'albumine et pas de mucine.

L'hydrorrhée nasale doit être distinguée de la rhinite spasmodique dont elle diffère par le défaut de phénomènes rationnels, par la continuité de l'écoulement, et l'absence de toute irritation intra-nasale ou de voisinage.

20. MAHU. — **Rhinite spasmodique et fièvre palustre.** — Paraitra *in extenso*.

21. SUAREZ DE MENDOZA (de Paris). — **Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture totale ou partielle de l'oreille moyenne.** — La trépanation mastoïdienne imaginée, d'abord, par Riolan, pratiquée pour la première fois par Petit, en 1750, vantée par Jasser, discréditée par Grüner et d'autres, réhabilitée par Schwartze, et modifiée par Küster, von Bergmann, Zaufal, Stacke, etc., etc., a été toujours pratiquée à l'aide de la gouge et du marteau, sauf de légères exceptions qui ont adopté l'emploi de la fraise que nous conseillons depuis quinze ans. Notre but n'est pas de revenir, aujourd'hui, sur les services que la fraise, bien maniée, peut rendre à l'opérateur. C'est sur les avantages qu'offre l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White ou par le moteur électrique, dans les diverses interventions mastoïdiennes, que je désire insister aujourd'hui. C'est en me servant de la fraise pour agrandir, préparer et nettoyer les cavités mises à nu par la gouge, que je fus amené à me servir de la scie circulaire pour obtenir des sections nettes, rapides et précises dans la masse osseuse. Tous les opérateurs savent à quel point est délicat le temps opératoire qui a pour but de mettre largement en communication l'antre avec l'attique, en faisant sauter la paroi externe de l'additus ad antrum. La crainte de blesser le facial, d'ouvrir la fosse cérébrale, de faire une échappée vers le labyrinthe, etc., etc., fait que l'opérateur procède par des petits coups craintifs qui prolongent démesurément l'opération. La même chose arrive lorsqu'il s'agit de faire sauter la paroi externe de l'attique. En employant l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter, et que j'appellerai, pour le moment, *protecteur-trépan*, on fait, avec sûreté, et célérité l'ablation de la paroi externe de l'additus ad antrum et de l'attique. Et de même, le protecteur-trépan permet de supprimer avec célérité et sûreté tous les culs-de-sacs limités par la corticale externe qui se produisent au cours de l'opération de l'évidement total de l'apophyse mastoïde, ainsi que d'agrandir la brèche crânienne lorsque, à la recherche des complications cérébrales, la trépanation devra porter sur le crâne. Il va de soi que je ne prétends pas substituer systématiquement l'emploi de la scie et de la fraise, à celui de la gouge et du maillet. Loin de là. Ce que je tiens à faire constater, c'est qu'en associant dans la chirurgie de l'oreille, ainsi que dans celle du nez et des sinus, ces divers instruments, gouge, fraise et protecteur-trépan, on diminue de beaucoup la durée de l'opération, tout en la rendant plus facile, plus précise et plus sûre.

22. DEPIERRIS (de Cauterets). — **Polype du nez unique, remplissant une des fosses nasales dans le cavum en totalité. Ablation par morcellement.** — Une dame, de 47 ans, était venue me trouver pour des polypes du nez. Après une première intervention, je reconnus qu'il s'agissait d'un polype unique, inséré à la partie supérieure de l'orifice choanal du côté droit, remplissant la fosse nasale droite, et, en voyant dans le cavum un prolongement arrondi qui le comblait en entier, je pensai qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

Après avoir dégagé par morcellement la fosse nasale droite, je passai au moyen d'une sonde une anse métallique que je ramenai dans la bouche, et que j'essayai de conduire avec mon index dans le naso-pharynx, pour lui faire contourner la tumeur et saisir le pédicule, suivant la technique si bien décrite dans le livre de Lermoyez ; je ne pus y parvenir ; la portion pharyngée du polype était tellement pressée entre la paroi postérieure du pharynx et les fosses nasales, que mon doigt ne pouvait remonter l'anse assez haut.

J'accrochai alors le pédicule au moyen du crochet de Lange, par la fosse nasale, et j'exerçai des tractions vigoureuses pendant quelques instants, sans réussir à l'arracher. Les souffrances de la malade, et l'hémorrhagie qui s'ensuivait, m'obligèrent à renoncer aussi à ce moyen.

Introduisant alors mon doigt dans le naso-pharynx, je réussis à écraser, à morceler le polype contre la voûte et l'orifice choanal, et je pus facilement extraire les fragments pharyngés au moyen de pinces courbes, et terminer l'opération en enlevant au serrenœud ce qui restait dans la fosse nasale, jusqu'au pédicule.

Je conclus, qu'après échec des moyens habituels, dans les cas de ce genre, le morcellement est une ressource fautive de mieux. Mais il est certain que le procédé de choix est l'anse métallique.

Le Dr Henri Collin a fait construire, sur ma demande, un crochet creux, guide-anse, qui, lorsqu'on peut accrocher le pédicule, comme c'était ici le cas, rendrait ce procédé très facile.

Le Dr Veillard, qui a examiné histologiquement ce polype, le classe comme fibro-adénome, et fait toutes réserves au sujet de sa récurrence et de sa transformation possible en épithélioma. Ces réserves sont d'accord avec les nouvelles reçues de la malade, qui se plaint après huit ou dix mois, depuis l'intervention, de moucher parfois des croûtes sanguinolentes. Mais elle ne souffre pas, et ne sent plus la poire d'angoisse qui la torturait.

23. **TEXIER** (de Nantes). — **Polype fibro-muqueux, volumineux du naso-pharynx.** — Observations d'une malade de 21 ans présentant des troubles d'obstruction nasale, de gêne considérable en avalant et d'accès de suffocation survenant parfois à la suite de marche forcée ou d'excès de travail. Le début remonte à 5 ou 6 ans : à cette époque — ablation de polypes muqueux du nez sans grand résultat. — Elle n'a jamais eu d'épistaxis. — A l'examen des fosses nasales, on constate la présence de polypes muqueux à droite — la narine gauche est libre mais rétrécie par une déviation de la cloison. On constate, en examinant le pharynx, une tumeur arrondie, blanchâtre, tendant le voile du palais surtout dans sa partie droite et le dépassant de quelques centimètres en bas. La rhinoscopie est impossible. Le toucher permet de constater sa grosseur ; elle occupe tout le cavum ; il est difficile de la contourner, mais on arrive à sentir son point d'implantation à droite et en avant au niveau de la choane. Sa consistance est dure — et elle n'est pas saignante.

D'après l'évolution de la tumeur — son point d'implantation — ses caractères, le diagnostic de polype fibro-muqueux est porté.

Dans une première séance, on débarrasse la fosse nasale droite des polypes muqueux — l'obstruction reste aussi complète.

Dans une deuxième séance — sous le chloroforme — on enlève le polype fibro-muqueux. Nous employons sans succès les procédés ordinaires (crochet, mousse de Lange — serre-nœud par voie nasale antérieure ou en se servant d'une sonde en caoutchouc comme conducteur du fil). Nous pratiquons alors une méthode différente — *la torsion et l'arrachement par voie buccale*. La tumeur fut saisie à l'aide d'une pince légèrement recourbée et à mors mousses. Il a suffi d'un tour ou deux pour détacher la tumeur sans hémorrhagie appréciable. La tumeur était très dure et avait la grosseur d'un œuf de poule environ. L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur fibro-muqueuse.

24. **BRINDEL** (de Bordeaux). — **Sur quelques cas de laryngite infantile.** — L'auteur relate, en les accompagnant d'une étude générale sur la question, 3 cas de tuberculose ulcéro-œdémateuse chez des enfants ayant respectivement 8 ans et demi, 13 ans et 13 ans et demi.

Il insiste sur la rareté de cette affection dans l'enfance, sur sa marche exceptionnellement rapide, sur son extrême gravité (les 3 cas se sont terminés rapidement par la mort), et sur l'inefficacité absolue de toute médication locale ou générale sur l'évolution de la maladie.

Il pense que les petites dimensions du larynx et le rétrécissement rapidement croissant de sa lumière par l'œdème tuberculeux, ajoutés aux lésions pulmonaires, expliquent suffisamment la rapidité de la cachexie dans les laryngites bacillaires infantiles.

25. JONCHERAY (d'Angers). — **De la bronchite pseudo-membraneuse en laryngologie.** — L'auteur, après quelques notions générales, résume l'historique de cette affection curieuse et peut-être moins rare qu'on ne pense. Il signale surtout, en France, les noms de P. Lucas Championnière et de Paul Claisse.

Puis il donne l'observation minutieusement détaillée d'un malade qu'il observe depuis trois ans; il montre à la Société des concrétions expulsées par le malade, plusieurs photographies, et des examens histologiques et bactériologiques, lesquels, d'ailleurs, sont conformes à ceux des autres observateurs. Mais le Dr Joncheraz attire l'attention de la Société sur l'examen du larynx, du pharynx et du nez. Il décrit les lésions constatées par lui. Or, son malade présentait, en plus de sa bronchite fibrinaire, de la rhinopharyngite de même nature.

Enfin l'auteur précise le diagnostic différentiel de l'obstruction laryngée par les concrétions, et cherche à en établir le traitement.

26. M. LANNOIS (de Lyon). — **Pneumatocèle du conduit auditif.** — La pneumatocèle mastoïdienne, supra-mastoïdienne des auteurs allemands, est une affection rare, puisque Sonnenburg n'en avait pas réuni plus d'une vingtaine d'observations et que plus récemment Noré-Josserand et Carré n'ont pu ajouter que quelques cas à leur observation personnelle. Bien plus rare encore est la production de la pneumatocèle dans le conduit auditif qui ne paraît guère avoir été étudiée et dont l'auteur a pu observer un cas.

Il s'agissait d'un homme jeune, musicien de sa profession, qui, a plusieurs reprises, devint brusquement sourd après avoir joué de son instrument (cor d'harmonie). Si on l'examinait à ce moment, on constatait dans le conduit auditif une sorte de tumeur brillante, à reflets nacrés, de consistance molle et dépressible: elle obstruait tout le conduit. Si on pratiquait une piqûre avec une aiguille à paracentèse, la tumeur s'affaissait brusquement et l'audition réapparaissait. Il fut facile de s'assurer avec un stylet que cette tumeur gazeuse se formait dans la partie profonde et postérieure du conduit où l'os était à nu. Des grattages de l'os et des attouchements légèrement caustiques semblent avoir suffi à ramener l'adhé-

rence de l'épiderme et du périoste à l'os et à déterminer la guérison.

On sait que pour la pneumatocèle mastoïdienne, en dehors des cas traumatiques, on a admis qu'il s'agissait de déhiscences spontanées (Hyrtil) ou plutôt de résorptions inflammatoires de la paroi externe des cellules mastoïdiennes, superficielles, peut-être aussi de la persistance de la fente pétro-squameuse. Pour la pneumatocèle du conduit, il est rationnel d'admettre qu'il s'agit d'une résorption de la paroi externe des cellules limitrophes (Trölsch, Politzer) communiquant soit avec la caisse, soit avec l'antre mastoïdien. On sait (Broca, Bar) que les furoncles du conduit peuvent donner des mastoïdites par leur intermédiaire et inversement que des mastoïdites ont pu s'ouvrir à leur niveau dans le conduit.

27. G. DUPOND (Résumé). — **Sur une forme de la laryngite grippale.** — L'étude des troubles laryngés dans la grippe est de date relativement récente. C'est au moment de l'épidémie de 1889-90 que furent publiées les premières observations sur les accidents laryngés d'origine grippale.

D'après les auteurs, les signes fonctionnels de la laryngite grippale sont ceux d'une laryngite aiguë ordinaire : dans les cas légers, sécheresse de la gorge avec sensation de picotement et quintes de toux sèche ; dans les cas graves, toux incessante et sensation intolérable de cuisson à la gorge. La voix est enrouée et bitonale, il existe parfois de l'aphonie.

A l'examen laryngoscopique : rougeur de tout l'organe vocal, tuméfaction des replis ary-épiglottiques, des bandes ventriculaires et de la région inter-aryténoidienne. Les cordes sont rouges, dépolies, arrondies et parfois infiltrées. On a rencontré parfois des ulcérations des cordes vocales et beaucoup plus rarement de petits abcès superficiels. Dans certains cas, les symptômes laryngés ont revêtu l'aspect clinique de l'œdème de la glotte avec dyspnée intense, tirage sus-sternal et angoisse extrême.

Dans la forme de laryngite grippale dont nous avons pu observer plusieurs cas, les symptômes sont un peu différents de ceux de la laryngite grippale ordinaire. La marche et les allures spéciales de cette laryngite nous ont paru intéressantes à noter car elles n'ont pas encore été signalées.

Parfois, les accidents laryngés sont survenus après une première attaque de grippe, dans le cours d'une rechute ; parfois, ils ont été la seule manifestation de la grippe. Les malades ont bien éprouvé

de la sécheresse de la gorge, de la toux, mais le symptôme capital a été la dysphagie : ce signe n'a fait défaut chez aucun.

Tous nos sujets ont remarqué que les symptômes augmentaient d'intensité vers la fin du jour, et pendant la nuit : élancements dans la gorge, sensation d'étouffement, de picotement, impossibilité d'avaler même la salive. Le matin un mieux sensible se faisait sentir. Certains éprouvaient de la douleur quand ils voulaient parler.

A l'examen laryngoscopique, on a constaté que les cordes vocales sont toujours restées indemnes de toute lésion ; la région aryténoïdienne seule a été atteinte. Tantôt il s'agissait d'une vive rougeur de la muqueuse aryténoïdienne avec léger œdème ; tantôt d'une infiltration œdémateuse de toute la région aryténoïdienne avec rougeur considérable s'étendant à la partie postérieure du côté de l'œsophage.

A première vue, cette laryngite pourrait être prise, si l'on n'y prenait garde, pour une laryngite bacillaire au début.

C'est une affection bénigne qui évolue dans l'espace d'une huitaine de jours.

Aucun traitement n'a paru abréger sa durée. En résumé, dans la laryngite grippale ordinaire : enrouement, voix bitonale, voire même aphonie, rougeur et gonflement des cordes et de la muqueuse interaryténoïdienne. Dans la forme de laryngite que nous avons observée : pas d'enrouement, dysphonie, et surtout dysphagie, avec exacerbation des phénomènes douloureux vers la fin du jour et pendant la nuit, cordes vocales saines, rougeur et œdème des aryténoïdes et de la région postérieure du larynx.

28. MOUNIER. — **Pince pour la résection de la paroi interne du sinus maxillaire (présentation d'instrument).** — Cette pince emporte-pièce, droite, construite par Collin, présente deux mors semblables à ceux de Ruault, pour la pince à morcellement des amygdales.

Les deux portions tranchantes sont montées sur des branches coudées de manière à laisser libre, entre elles, l'aile du nez dans les mouvements de fermeture pour la section de la paroi nasale du sinus ; cet instrument sert pour les deux sinus maxillaires.

La petite branche ou branche mâle est introduite par le nez, sous le coruet inférieur, contre la paroi du sinus ; la grosse branche ou branche femelle pénètre dans le sinus par l'orifice habituel pratiqué à la gonge et au maillet à la paroi antérieure du sinus. En trois à quatre coups de pince, la plus grande partie de la paroi interne du sinus maxillaire est enlevée ; les bords de section sont absolument nets.

BIBLIOGRAPHIE

L'audition et ses organes, par M. E. GELLÉ, membre de la Société de Biologie (Alcan, éditeur, Paris, 1899).

Nous croyons qu'il serait téméraire de vouloir essayer de donner, dans une analyse aussi parfaite soit-elle, un exposé ou même une vue d'ensemble du savant travail du maître de l'otologie française. La première partie est consacrée à l'étude de l'excitant de l'ouïe, les vibrations sonores, au moyen des tracés du phonographe. Cette étude est poussée jusqu'aux dernières limites de la rigueur scientifique. L'auteur expose ensuite les théories modernes de l'audition et en fait la critique. C'est un livre qu'il faut relire et méditer. Sous des apparences de vulgarisation, chacun de ses chapitres sera même, et surtout pour l'auriste de profession, le plus précieux des enseignements.

E. L.

ANALYSES

I. — NEZ ET SINUS

Notes et faits rhinologiques, par G. OSTINO (*Gazz. med. di Torino*, n° 12, 13, 1899).

Sous ce titre l'auteur rend compte de quelques études faites à la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Université de Turin au cours de l'année 1897-98 et publie quelques observations.

Traitement de Pozène.

O. dit avoir obtenu une amélioration notable chez une jeune fille de 18 ans, par le massage biquotidien avec une pommade iodée à 25 % pendant deux mois : il n'a pas été satisfait de l'électrolyse cuprique.

Gradenigo a vu des résultats très encourageants à la suite d'injections iodées, mais ils ne sont que transitoires.

Il a essayé également, mais sans effets, la médication thyroïdienne.

Abcès de la cloison nasale.

Homme de 54 ans atteint subitement de tuméfaction de la tête et du visage sans douleurs ni fièvre perdit toutes les dents de la mâchoire supérieure. Brusquement, le nez s'oblitéra et la respira-

tion nasale devint impossible. A l'extrémité des rebords alvéolaires existaient deux trous que le malade bouchait avec du papier.

Incision linéaire de 4 millimètre sur le dos du nez et sur la sous-cloison. Issue abondante de pus. Drainage à la gaze iodoformée.

La cloison guérit, mais, malgré nos recommandations, le malade continue à remplir de morceaux de papier ses sinus maxillaires.

Occlusion nasale complète, symptôme précoce de syphilis secondaire.

Malade de 31 ans, ayant la fosse nasale droite complètement oblitérée par une masse rougeâtre; les cornets et la cloison sont pour ainsi dire soudés. Hypertrophie de la queue du cornet inférieur et de la partie postérieure du septum.

Ablation d'un fragment de la tumeur qu'on reconnut être un granulôme syphilitique. Traitement mercuriel à la suite duquel le malade quitta l'hôpital en voie de guérison.

Seules, quatre observations de ce genre sont consignées dans la littérature, une de la clinique de Turin, deux de Ripault et une de Lacoarret.

Tuberculôme nasal.

Femme de 28 ans, affectée depuis deux mois d'une obstruction nasale gauche déterminée par une tumeur jaunâtre, ulcérée, fongueuse, qu'on isole de la cloison et du plancher nasal. La choane gauche est complètement oblitérée quoique la tumeur ne dépasse pas les deux tiers antérieurs du cornet moyen. Ganglion tuméfié dans la région sous-hyoidienne latérale gauche. Pas de sinusite frontale ni maxillaire.

Au microscope, on trouve des cellules géantes, mais pas de bacilles de Koch.

Ablation de la tumeur à l'anse froide, grattage de la base avec la curette.

Guérison constatée un mois après l'opération.

O. rapporte ensuite deux cas de *tumeurs nasales*, un angiome de la cloison qui ne fut pas opéré et un adénome papillifère observé chez un homme de 62 ans qui mourut dans le coma.

Névroses nasales réflexes.

Epileptique âgée de 14 ans, présentait une hypertrophie des cornets. Le toucher de la queue du cornet inférieur droit provoque la toux réflexe qu'on enrayer par la cocaïnisation.

Résection du cornet inférieur droit avec les ciseaux et l'anse de Krause. Légère hémorrhagie arrêtée par le tamponnement. Guérison complète.

Chirurgie endo-nasale.

Gradenigo est partisan des procédés chirurgicaux.

Valeur thérapeutique de la turbinectomie dans certaines otites moyennes catarrhales chroniques avec rétraction.

Femme de trente ans a, depuis trois ans, une diminution de l'ouïe et des bruits subjectifs surtout à gauche.

D. V. latéralisé à droite. Rinne positif à droite, négatif à gauche. Perception osseuse prolongée. Acuité auditive à gauche.

do	do	do ¹	do ²	do ³	do ⁴	do ⁵
66/00	10/100	65/100	70/100	75/100	84/100	60/100

La voix aphone est perçue à 10 centimètres à gauche, à plus de 5 mètres à droite. Amélioration par la politization.

Membranes tympaniques rétractées, hypertrophie des cornets inférieurs, pharyngite granuleuse.

Résection du cornet inférieur gauche et râclage du rhinopharynx, suivis le lendemain de résection du cornet inférieur droit.

Quatre jours après, la voix aphone est entendue à plus de 5 mètres des deux côtés.

Fibrômes naso-pharyngiens.

3 cas opérés.

Végétations adénoïdes.

Ablation chez cent quarante-neuf malades.

La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge, par

M. NATIER (*La Parole, Rev. internat. de rhin., otol. et laryngol. et phar. expériment.,* Paris, 1899).

L'auteur donne, dans ce mémoire, la relation intéressante de deux observations très détaillées. Dans la première, il s'agit d'un homme de 56 ans, chez lequel une élongation de la luette avait amené un état neurasthénique grave. La luette mesurait 2 centimètres et demi de largeur. Guérison complète et très rapide par la section. La seconde observation concerne une femme de 39 ans, dont la neurasthénie était provoquée par une ulcération artificielle de la cloison du côté droit, ulcération entretenue par la malade même. Le diagnostic de la nature de l'ulcération fut un moment incertain.

L'auteur insiste sur la nécessité de bien connaître ces états neurasthéniques développés ou entretenus par des lésions souvent légères. De la précision du diagnostic dépend la guérison souvent rapide. Il importe, en même temps que l'on traitera la lésion lo-

cale, de combattre la neurasthénie et « de mobiliser à tout prix les idées du malade quand, par leur fixité, elles tournent à l'obsession ».

E. L.

L'asthme des foin, par CASTEX (*Arch. de théér. clinique*, avril 1899).

Leçon clinique dans laquelle l'auteur, après l'exposé de la symptomatologie très variable de l'affection, discute la question complexe de la pathogénie. Comme traitement, deux indications : modifier l'état local, protéger la muqueuse nasale et traiter chirurgicalement ses lésions. Modifier l'état général par les cures thermales ; quelques médicaments sont utiles au moment des crises ; en particulier, le sulfate de quinine chez les impaludiques, et le sulfate d'atropine préconisé par Sajous.

E. L.

La fièvre de foin et son traitement, par BEAMAN DOUGLAS (*New-York, med. journ.*, 2 septembre 1899).

D. a observé une forte épidémie d'hay fever en août. A New-York, les deux mois les plus défavorables sont assurément août et septembre. Les cas offrant des lésions nasales sont de beaucoup les plus nombreux. Ces lésions sont très variables : polypes, congestion, hypertrophie des cornets, exostoses, corps étrangers même. Leur mode d'action se comprend facilement. Elles déterminent une véritable hypéresthésie des filaments nerveux. Outre la douche nasale, D. emploie surtout la cocaïne. Une solution à 4 ou 6 $\frac{1}{100}$, est suffisante pour produire un soulagement marqué. Plus tard, le phénol camphré (deux tiers de camphre, un tiers d'acide phénique neigeux) est très utile comme anesthésique et cautérisant léger. Mais le véritable spécifique de la fièvre de foin est la poudre de capsule surrénale desséchée. Chez l'adulte, on donne toutes les deux heures une tablette jour et nuit. On s'arrête quand apparaissent un peu de prostration et quelques battements de cœur. Pour les rechutes, le traitement des lésions nasales constitue la meilleure prophylaxie.

A. F. PLICQUE.

La fièvre de foin et son traitement. Discussion de l'Académie de med. de New-York (*Med. record*, 1^{er} avril 1899).

BEAMAN DOUGLAS divise les malades atteints de fièvre de foin en deux catégories : 1^o ceux qui offrent une lésion nasale et qui

sont la majorité; 2° ceux qui n'en offrent pas. Mais, en dehors de la lésion nasale, il faut avouer qu'il y a souvent une hyperexcitabilité individuelle de la muqueuse survivant au traitement de la lésion.

Les indications thérapeutiques sont au nombre de quatre : 1° traitement de la cause ; 2° traitement local et général de l'attaque ; 3° traitement des symptômes généraux ; 4° traitement entre les attaques.

Le traitement général par les lotions froides, les douches rachidiennes, l'exercice modéré, le changement d'air, a une importance réelle. Le climat d'altitude, les climats insulaires réussissent particulièrement. La quinine et la digitale, à faibles doses, semblent utiles. L'opium est plutôt nuisible.

Localement, DOUGLAS emploie d'abord les irrigations nasales tièdes avec l'eau salée, après badigeonnage à la cocaïne au centième. Puis il a recours, après cocaïnisation, au moyen de la solution au vingt-cinquième, aux badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent au soixantième ou au phénol camphré. Quand les symptômes aigus sont tombés, il emploie les topiques huileux, par exemple l'huile mentholée.

Peut-être les préparations de glandes minérales constituent-elles un véritable spécifique de la fièvre des foins. On peut donner l'extrait sec à l'intérieur ou l'employer localement en irrigation. Les résultats sont très remarquables.

Dans l'intervalle des attaques, le traitement des lésions nasales sera capital. Dans le cas d'insuccès, l'hérédité joue fréquemment un rôle. Ces cas héréditaires sont peu favorables au traitement.

DWIGHT L. HUBBARD, outre les lésions nasales, signale les irritations d'origine dentaire. Mais l'importance capitale appartient aux causes d'ordre général. Le traitement hygiénique est prépondérant. Comme médicament en cas de congestion interne du pharynx, le salicylate est excellent. Les iodures peuvent être également utiles. Les solutions d'antipyrine, de cocaïne, donnent un soulagement réel mais temporaire. Les douches d'air froid à faible pression sont un meilleur moyen. Après les attaques, les cautérisations linéaires espacées au galvanocautère réussissent bien mieux que les larges applications.

GOODWILLIE signale la relation entre l'obstruction nasale et les oxydations insuffisantes. Cette obstruction respiratoire était, dans un cas, augmentée par une symphyse pleurale.

M. LESJINSKY regarde l'hay fever comme une névrose voisine de

l'éternuement spasmodique. Cette névrose dépend souvent d'une auto-intoxication. La cocaïne, dans certains cas, aggrave plutôt le malaise. Le traitement général domine les indications.

ACHILLE ROSES emploie les douches d'acide carbonique aussi effluces, plus durables comme action et n'ayant pas les effets désagréables de la cocaïne.

DOUGLAS, avec les irrigations faites avec un siphon d'eau de Seltz, montre qu'on peut réunir le lavage, l'action de froid proposée par Hubbard et celle de l'acide carbonique.

A. F. PLICQUE.

NÉCROLOGIE

Georges MASSON

C'est avec un profond regret que nous avons appris la mort de Georges Masson, Président de la Chambre de Commerce de Paris, décédé le 6 juin dernier, à l'âge de 60 ans, qui était l'éditeur des *Annales* depuis leur fondation. Fils du libraire Victor Masson, Georges Masson avait donné à sa maison une extension considérable et nous n'oublions pas l'appui qu'il prêta toujours à ce recueil. Nous prions sa famille et, en particulier, son fils, M. Pierre Masson, qui lui succède à la tête de la maison, d'agréer l'expression de nos plus sincères condoléances.

A. G. M. L.

NOUVELLES

Programme et ordre du jour des séances.

SECTION DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

FACULTÉ DE DROIT. — AMPHITHÉÂTRE, N° 3

(Rue Saint-Jacques, 5^e arrondissement).

Comité d'organisation de la Section.

Président : M. GOUGUENHEIM, 73, boulevard Haussmann, Paris.

Secrétaire : M. LERMOYER, 20 bis, rue La Boétie, Paris.

Membres : MM. CARTAZ, de Paris; CHATELIER, de Paris; GAREL, de Lyon; LUC, de Paris; MARTIN, de Paris; MOURA, de Paris; MOURA, de Bordeaux; POYET, de Paris; RUAAULT, de Paris.

Présidents d'honneur : MM. Prof. B. FRAENKEL, de Berlin; Prof. MORITZ SCHMIDT, de Francfort-s/M.; Prof. SCHUCH, de Munich; Prof. KRAUSE, de

Berlin ; Prof. SCHRÖTTER, de Vienne ; Prof. O. CHIARI, de Vienne ; Prof. NAVRATIL, de Budapest ; Prof. ONODI, de Budapest ; Prof. STEPANOW, de Moscou ; Doct. SOKOLOWSKI, de Varsovie ; Doct. LENNOX BROWNE, de Londres ; Sir Félix SEMON, de Londres ; Prof. MASSEI, de Naples ; Doct. LABUS, de Milan ; Doct. CAPART, de Bruxelles ; Doct. SCHMIEGELOW, de Copenhague ; Prof. GUYE, d'Amsterdam ; Doct. RAMON DE LA SOTA Y LASTRA, de Séville ; Doct. URUÑUELA, de Madrid ; Doct. ROQUER Y CASADESUS, de Barcelone ; Doct. SecrÉTAN, de Lausanne ; Doct. P. KOCH, de Luxembourg ; Doct. PHOTIADES, de Constantinople ; Doct. BOSWORTH, de New-York ; Doct. LEFFERTS, de New-York ; Doct. SOLISCORN, de Philadelphie.

Ordre du jour.

Vendredi, 3 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Diagnostic du cancer du larynx, par le Prof. B. FRAENKEL, de Berlin et le Prof. SCHMIDT, de Francfort-s/Mein.

Communications.

Prof. NAVRATIL, de Budapest. — Traitement du sclérome des voies respiratoires.

HELLAT, de Saint-Petersbourg. — Ueber ein pathognomisches Symptom der condylomatosen Syphilis der oberen Luftwege (Sur un symptôme pathognomonique de la syphilis des voies aériennes supérieures).

CASTIGLIONI, de Trieste. — Les tumeurs tuberculeuses du larynx.

JOBSON HORNE, de Londres. — The larynx considered as a site of primary infection in tuberculosis and other diseases (Le larynx considéré comme le siège de l'infection primitive dans la tuberculose et les autres maladies).

Vendredi, 3 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

Prof. V. COZZOLINO, de Naples. — La tuberculosi della laringe in rapporto col sanatorio d'altitudine e marittimo (La tuberculose du larynx en rapport avec le sanatorium d'altitude et maritime).

R. BOTEY, de Barcelone. — Pathogénie et traitement de la parésie du larynx.

L. VACHER, d'Orléans. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose laryngée.

LENHARDT, du Havre. — La dysphagie dans la tuberculose laryngée.

S. BERNHEIM, de Paris. — La tuberculose primitive du larynx.

ESCAT, de Toulouse. — Manœuvres externes appliquées aux tubages difficiles.

M. BOULAY, de Paris, et J. BOULAY, de Rennes. — Rétrécissement laryngé traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis 16 ans. Décannement.

Samedi, 4 août.

3^e SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Pathogénie et traitement de l'ethmoïdite suppurée, par M. HAJEK, de Vienne, et F. H. BOSWORTH, de New-York.

Communications.

Prof. OXODI, de Budapest. — Contribution à l'étude des sinus de la face avec présentation de pièces.

H. LUC, de Paris. — Du catarrhe douloureux à répétition du sinus frontal.

TAPTAS, de Constantinople. — Contribution à l'opération radicale des sinusites compliquées chroniques.

Samedi, 4 août.

4^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

K. KASPARIAITZ, de Moscou. — Sur le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire par palpation, et la méthode endonasale de l'opération du sinus maxillaire (méthode de l'auteur).

GORIS, de Bruxelles. — Sur 8 cas de décortication de la face pour affections des sinus. Indications. Résultats.

G. LAURENS, de Paris. — La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie orbitaire.

SUAREZ DE MENDOZA, de Paris. — Emploi méthodique des fraises, trépanis, scies, forets, brosses (en usage en chirurgie dentaire) actionnés par le tour de White ou par le moteur électrique dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face.

L. VACHER, d'Orléans. — Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaire et ethmoïdale.

LOEWENBERG, de Paris. — Pseudo-ozène à sarcines.

J. COUSTEAU, de Paris. — Emphysème pulmonaire par insuffisance nasale expérimentale.

Lundi, 6 août.

5^e SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Indications techniques de la thyrotomie. par sir FÉLIX SEMON, de Londres; SCHMIEGLOW, de Copenhague et GORIS, de Bruxelles.

Communications.

GOUGUENHEIM, de Paris, et LOMBARD, de Paris. — Indications opératoires dans le cancer du larynx.

Prof. GLUCK, de Berlin. — La chirurgie moderne du larynx.

A. COURTYADE, de Paris. — Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale.

Mardi, 7 août.

6^e SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Rhinites spasmodiques et leurs conséquences, par le Prof. MASINI, de Gênes et Alexandre JACOBSON, de Saint-Petersbourg.

Communications.

LERMOYER, de Paris, et MAHU, de Paris. — Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud.

MOCHIER, de Paris. — Du rôle prépondérant de l'auto-intoxication dans le coryza périodique et aperiodique. Déductions thérapeutiques, onze observations.

SUAREZ DE MENDOZA, de Paris. — Un cas de vertige nasal dû à l'étroitesse congénitale des fosses nasales, guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de cloison épaisse.

Mardi, 7 août.

7^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

MOURE, de Bordeaux. — Traitement des déviations de la cloison du nez par un nouveau procédé.

BARATOUX, de Paris. — Traitement des malformations congénitales et acquises du nez.

TEXIER, de Nantes, et BAR, de Nice. — Quelques observations de tuberculose nasale.

DESVAUX, d'Angers. — Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur simulant une tumeur maligne du nez.

E. DOYEN, de Paris. — L'extirpation rapide des polypes naso-pharyngiens.

M. SCHEIER, de Berlin. — Ueber den Blutbefund bei hypertrophie der Rachenmandel (De l'examen du sang dans l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée).

R. BOTET, de Barcelone. — Fausses hémoptysies d'origine naso-pharyngienne.

CASDIGLIONI, de Trieste. — Les affections tuberculeuses des amygdales chez les enfants scrofuleux.

P. LACROIX, de Paris. — Traitement de la pharyngite nasale chronique par les vapeurs médicamenteuses.

C. SAVACRE, de Paris. — Du traitement des pharyngites chroniques.

Mercredi, 8 août.

8^e SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Les nodules vocaux, par le Prof. CHIARI, de Vienne; le Prof. KRAUSE, de Berlin; CAPART, de Bruxelles.

Communications.

J. GARREL, de Lyon, et BERNOUD, de Lyon. La laryngite nodulaire.

CLARENCE C. RICE, de New-York. — The peculiar laryngeal affections seen only in singers and public speakers and their reasonable treatment (Les affections du larynx spéciales aux chanteurs, aux orateurs, et leur traitement rationnel).

MOURA, de Paris. — Timbre de la voix.

ESCAT, de Toulouse. — Des arthrites laryngées.

Mercredi, 8 août.

9^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

J. MOUNT-BLEYER, de New-York. — Voice pictures on the wonders of sound and force. Their production. Their photographie (Images vocales des merveilles du son et de la force. Leur production, leur photographie).

Prof. BREITUNG, de Cobourg. — Ueber phonografische Stimmprüfung (l'épreuve phonographique de la voix)

HELLAT, de Saint-Petersbourg. — Salivatio psychica (Salivation psychique).

C. CHAUVÉAU, de Paris. — Paralyse hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté; anesthésie du voile du palais, troubles de la déglutition et hypersécrétion.

Jedi, 9 août.

10^e ET DERNIÈRE SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Anosmie et son traitement, par le Prof. HEYMANN, de Berlin et le Prof. OSODI, de Budapest.

Communications.

HELLAT, de Saint-Petersbourg. — Tonsillitis streptothricia, seu streptomycosis tonsillorum (Amygdalite due au streptothricia).

C. CHAUVÉAU, de Paris. — Un cas de leucocythémie amygdalienne.

R. BOTET, de Barcelone. — Du pôle supérieur de l'amygdale et de la fenêtrésupra-tonsillaire comme cause des périamygdalites phlegmoneuses. Extirpation de la moitié supérieure de l'amygdale comme traitement efficace préventif.

MOURA, de Paris. — Présentation du Bocalrhine et de l'inhalateur Moura.

MAHU, de Paris. — Présentation d'instruments.

R. BOTET, de Barcelone. — Présentation d'instruments; canules à trachéotomie; couteaux annulaires; pincés et anses galvaniques pour la séparation de l'extrémité supérieure de l'amygdale.

SUAREZ DE MENDOZA, de Paris. — Présentation d'instruments.

A. COURTAGE, de Paris. — Présentation d'instruments.

SECTION D'OTOLOGIE

FACULTÉ DE DROIT. — AMPHITHÉÂTRE, N° 4

(Rue Saint-Jacques, V^e arrondissement).

Comité d'organisation.

Président : M. E. GELLÉ, 4, rue Saint-Anne, Paris.

Secrétaire : M. A. CASTEX, 30, avenue de Messine, Paris.

Membres du Comité : MM. les Prof. DUPLAY, de Paris; LADREIT DE LACHARRIÈRE, de Paris; NIMIER, de Paris; LANNOIS, de Lyon; MIOT, de Paris; BOUCHERON, de Paris; LOWENBERG, de Paris; MENIÈRE, de Paris; LUBRET-BARDON, de Paris.

Présidents d'honneur : MM. BELAYEFF (Moscou); BENNI (Varsovie); Prof. BEZOLD (Munich); BOTET (Barcelone); BRIGER (Breslau); COZZOLINO (Naples); DELAVAN (New-York); GRANT (Londres); Prof. GRAZZI (Florence); Prof. GUYE (Amsterdam); A. HARTMANN (Berlin); KNAPP (New-York); Prof. LUCAS (Berlin); Prof. POLITZER (Vienne); PRITCHARD (Londres); Prof. PRUSSAK (St-Petersbourg); RANDALL (Philadelphie); ROOSA (New-York); Prof. DE ROSSI (Rome); SCHIFFERS (Liège); Prof. SCHWARTZE (Halle); SCHWENDT (Bâle); SIEBENMANN (Bâle); VON STEIN (Moscou); SUNE-Y-MOLIST (Barcelone); URBANTSCHITSCH (Vienne); VERDOS (Barcelone); Prof. ZAUFAI (Prague).

Ordre du jour.

Vendredi, 3 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Allocution du Président de la Section, M. E. GELLÉ.

Eloge de Ch. DELSTANCHE, par le Prof. POLITZER.

Rapports.

Les notations acoumétriques. Projet d'unification, par le Prof. SCHIFFERS, de Liège et le Prof. A. HARTMANN, de Berlin.
Discussions sur les rapports.

Vendredi, 3 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

Prof. COZZOLINO, de Naples. — Présentation de l'atlas d'anatomie normale de l'appareil auditif, avec ses rapports endo-crâniens, du cavum naso-pharyngien et des fosses nasales d'après nature. Quatre planches coloriées avec textes italien, français, allemand et anglais.

Dr JACQUER, de Nancy. — Sur la fine innervation de la membrane du tympan.

Dr SCHWENDT, de Bâle. — a) Nombre de vibrations et longueurs d'ondes des sons les plus aigus;

b) Limites externes de la perception des sons aigus.

Dr BONNIER, de Paris. — Un diapason acoumétrique.

Dr NUVOLE, de Rome. — Contributions à la physiologie de l'oreille moyenne.

Dr DREYFUSS, de Strasbourg. — Experimentelle Beitrag zur Physiologie der Tomes labyrinth.

Samedi, 4 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Les exercices acoustiques dans la surdi-mutité, par le Prof. URBANTSCHITSCH, de Vienne et le Dr SCHWENDT, de Bâle.

Discussions sur les rapports.

Communications

Prof. POLITZER, de Vienne. — Contributions à l'étude anatomo-pathologique de l'organe auditif (avec projections).

Dr LOMBARD, de Paris. — Sur la topographie des lésions osseuses dans la mastoïdite aiguë de l'adulte.

Dr KATZ, de Berlin. — a) Anatomische respective histologische Befunde in der Paukenhöhle und im Labyrinth (démonstration);

b) Transparente macroscopische Präparate des Gehörorgans (démonstration).

Dr R. PANZER, de Vienne. — Sur l'anatomie de l'otite moyenne aiguë.

Samedi, 4 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Dr ELEUTHERIADES, de Constantinople. — Troubles psychiques dans les affections du conduit auditif externe (bouchon de cérumen en particulier).

Dr LÖWENBERG, de Paris. — L'otite moyenne aiguë simulée par des conditions du conduit auditif.

Dr RAULT, de Nancy. — Exostoses du conduit auditif externe.

Dr BAR, de Nice. — De l'herpès tonsurant de l'oreille.

Prof. LANG, de Vienne. — Lupus du pavillon de l'oreille (Présentation de malades opérés).

Dr GROSSARD, de Paris. — Un cas d'hémorragies auriculaires doubles, chez une femme de 63 ans.

D^r CHAUVEAU, de Paris. — a) Fibro-chondrome du lobule du pavillon ;
b) Sur un corps étranger du conduit auditif externe.
D^r LANNOIS, de Lyon. — Névrome plexiforme ayant débuté dans le pavillon.

Lundi, 6 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Traitement chirurgical de la sclérose otique, par Prof. SIEBENMANN, de Bale ; D^r BOTET, de Barcelone.

Discussion sur les rapports.

Communications.

Prof. COZZOLINO, de Naples. — Contribution à la pathologie et à la chirurgie de l'appareil auditif et des fosses nasales (d'après les observations faites à la clinique de l'Université de Naples depuis 1883).

D^r MIOT, de Paris. — Considérations sur l'otite moyenne sèche.

D^r MALHERBE, de Paris. — Résultats obtenus dans 60 cas d'otite moyenne chronique sèche par l'évidement pétro mastoïdien.

Lundi, 6 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

D^r SUAREZ DE MENDOZA, de Paris. — a) Sur les bons effets du massage tympanique manométriquement constaté par le malade dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne.

b) Emploi méthodique des fraises, trépan, scies, forets, broches (en moyen de chirurgie dentaire) actionnés par le tour de White ou le moteur électrique dans la chirurgie de l'oreille et des régions crâniennes limitrophes.

D^r CUVILLIER et VASSAL, de Paris. — Traitement des bourdonnements d'oreille.

D^r BOTET, de Barcelone). — Des suppurations bénignes de l'attique externe.

D^r Th. HEIMAN, de Varsovie. — Indications pour le traitement chirurgical des otites moyennes purulentes chroniques.

D^r TAPTAS, de Constantinople. — Un cas d'abcès périsinusal, à la suite d'otite purulente aiguë, apparue après guérison complète de l'otite.

D^r RAOULT, de Nancy. — Otites moyennes chroniques avec perforation extra-tympanique.

D^r CASTEX, de Paris. — Accès à l'oreille moyenne par l'évidement large de la paroi supérieure du conduit auditif.

Mardi, 7 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Pyohémie otitique, par le D^r DUNDAS-GRANT, de Londres et le D^r BRIEGER, de Breslau.

Discussions sur les rapports.

Communications.

D^r DOYEN, de Paris. — Sur la pyohémie otitique.

D^r DUNDAS-GRANT. — Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement des diverses formes de la pyohémie otitique.

D^r LAURENS, de Paris. — Ostéite crânienne diffuse avec thrombophlébite des veines du diploë, d'origine otique.

D^r COLLINET, de Paris. — Sur le diagnostic des complications cérébrales dans les infections otiques.

Mardi, 7 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

D^r COSTININ, de Bucarest. — Hémiplegie d'origine otique.

Note sur le procédé de curetage de l'attique et d'extractions des osselets.

Prof. GUYE, d'Amsterdam. — Sur un détail anatomique pouvant expliquer dans certains cas la mastoïdite de Bezold (présentation d'une pièce anatomique).

D^r MOURA, de Bordeaux. — Remarques à propos de la mastoïdite dite de Bezold.

D^r LAMNOIS, de Lyon. — Mastoïdite chez les diabétiques.

D^r LUC, de Paris. — L'abcès mastoïdien sous-périostique dans l'otite aiguë.

D^r BARATOUX, de Paris. — Modifications au traitement de la cure radicale de l'otorrhée.

D^r MOLINIÉ, de Marseille. — Evolutions des mastoïdites non opérées.

Mercredi, 8 août 1900.

1^{re} SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Causes et traitement du vertige de Ménière, parle Prof. PRITCHARD, de Londres et le D^r MOLL, d'Arnheim.

Discussion sur les rapports.

Communications.

Prof. VON STEIN, de Moscou. — Les désordres de l'équilibre causés par les maladies de l'oreille.

D^r E. MÉNIÈRE, de Paris. — De la mastoïdite chez l'enfant.

D^r POLI, de Gènes. — a) Sur une terminaison rare de l'empyème mastoïdien ;

b) Thrombose otitique du sinus transverse sans phénomène pyohémique ;

c) Indication et résultats de 40 opérations radicales dans l'otite moyenne purulente chronique.

Mercredi, 8 août.

2^e SÉANCE : de 2 heures à 5 heures.

Communications.

D^r SCHWENDT, de Bâle. — Examen clinique et acoustique de soixante sourds muets.

D^r ELEUTHÉRIADÈS, de Constantinople. — Sur un cas de surdité hystérique avec hémianesthésie du côté malade, traité par la suggestion à l'état de veille et la faradisation.

D^r GEORGES GELLÉ, de Paris. — L'audition solidoïenne dans les maladies nerveuses.

D^r SENDZIAK, de Varsovie. — De l'induration primitive syphilitique des oreilles et du nez, de la cavité buccale et du pharynx.

Jeudi, 9 août 1900.

DERNIÈRE SÉANCE : de 9 heures à midi.

Rapports.

Les labyrinthites toxiques, par le Prof. GRADENIGO, de Turin ; Dr KAS-PARIANTZ, de Moscou.

Discussion sur les rapports.

Dr CASTEX, de Paris. — Surdités toxiques.

Communications.

Dr MAHU, de Paris. — Présentation d'instruments.

Dr SUAREZ DE MENDOZA, de Paris. — Présentation d'instruments.

Programme des fêtes qui seront offertes à MM. les Membres du XIII^e Congrès international de médecine.

2 août (jour de l'ouverture du Congrès). Fête offerte par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement.

3 août. Réception (sur invitation), par M. le Président du Congrès.

5 août. Fête offerte aux membres du Congrès, par le Bureau et le Comité d'organisation du Congrès au Palais et dans les jardins du Luxembourg.

7 août. Fête offerte par le Conseil municipal, dans les salons de l'Hôtel de Ville.

9 août. Fête offerte par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

En outre, des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des Sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

Un Comité des dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

A partir du lundi 30 juillet, des salles spéciales et indépendantes, dans les bâtiments de la Faculté de médecine, seront mises à la disposition des Comités nationaux de chaque pays. Chacune de ces salles servira de lieu de réunion aux Congressistes de même nationalité.

MM. les Membres du Congrès trouveront également à la Faculté de médecine, un Bureau de Postes et Télégraphes, qui fonctionnera pendant toute la durée du Congrès et à partir du 30 juillet.

MM. les Congressistes pourront, de la sorte, faire envoyer leur correspondance à l'adresse suivante :

M. le Docteur X...

Membre du XIII^e Congrès International de Médecine,

PARIS.

En dehors des rapports sur la *tuberculose des premières voies aériennes et de l'oreille*, lus par MARTUSCELLI, F. MASSEI et G. GRADENIGO, les communications suivantes ont été faites à la dernière session de la *Société Italienne de laryngologie, otologie et rhinologie*, tenue à Naples en avril dernier.

V. GRAZZI (Pise). I. Prophylaxie de la tuberculose au point de vue du laryngologiste. — II. La péronine comme anesthésique local en rhino-laryngologie, et surtout dans le traitement de la phthisie laryngée. — III. Les effets des bains sur l'organe auditif. — IV. Présentation d'un olfactomètre complet et de curettes pour le traitement de la pharyngite catarrhale chronique chez l'adulte et les enfants. — P. MASUCCI (Naples).

I. La prophylaxie actuelle de la phtisie dans ses rapports avec la tuberculose laryngée. — II. Quelques considérations sur le traitement local de la phtisie laryngée. — G. FERRERI et T. ROSATI (Rome). La laryngologie dans la défense sociale contre la tuberculose. — A. FASANO (Naples). Les derniers remèdes pour le traitement de la phtisie laryngée. — G. MASINI (Gênes). Laryngite tuberculeuse. — S. GENTA (Gênes). Dysphonie tuberculeuse. Prophylaxie et traitement. — V. GARZIA (Naples). Tuberculose laryngée primitive. — R. MONGARDI (Bologne). I. Granulôme de la corde vocale droite avec bacilles de Koch. — II. Hypertrophie nasale d'origine tuberculeuse probable chez une adolescente. — III. Opération de Zaufal pour nécrose rétro-mastoïdienne avec paralysie du facial. — G. MARTINI (Gênes). Tuberculose nasale végétante. — C. LATTES (Gênes). Tuberculose linguale. — G. ISAIA (Naples). I. Contribution thérapeutique à l'étude des lésions primitives tuberculeuses de la cavité buccale et du conduit auditif. — II. Fibrôme polylobaire du rhinopharynx énucléé par les voies naturelles. — P. LICCI (Gênes). Tuberculose auriculaire de la première enfance. Prophylaxie et traitement. — J. TOMMASI (Lucques). I. Carie tuberculeuse du temporal chez une enfant de 15 mois. — II. Mastoïdite de Bezold consécutive à une otite moyenne suppurée aiguë, sans perforation tympanique. — G. NUOLI (Rome). Contribution à la physiologie de l'oreille moyenne. — A. TRIFILETTI (Naples). Contre certains corps étrangers de l'oreille. — G. PROTA (Naples). Tumeur de l'épiglotte. — F. MASSEI (Naples). Deux cas de lésions parasymphilitiques du larynx. — D. TANTURRI (Naples). Un cas d'intubation prolongée. — L. AJELLO (Naples). Tubage pour corps étranger du larynx.

L'Association Médicale de l'Etat de Missouri a tenu sa 43^e session annuelle à Mexico, les 17 et 18 mai. Nous relevons au programme :

J. H. THOMPSON (Kansas City). Rapport sur l'ophtalmologie et l'otologie. — F. C. EWING (Saint-Louis). Prise en considération des diathèses dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille. — H. W. LOMB (Saint-Louis). Rôle du laryngologiste dans le traitement général des maladies du nez et de la gorge. — M. A. GOLDSTEIN (Saint-Louis). Que faut-il éviter dans le traitement des affections de l'oreille, du nez et de la gorge? — R. BARCLAY (Saint-Louis). Surdité catarrhale chronique améliorée par la résection tympanique.

Le 55^e Congrès annuel de la Société médicale de l'Ohio a eu lieu à Columbus les 9, 10 et 11 mai. Figuraient à l'ordre du jour :

W. W. PENNELL (Fredericktown). Valeur de la gorge saine. — A. W. FRANCIS (Ripley). Obstruction tonsillaire des piliers et du pharynx. — C. A. HOUGH (Lebanosi). Contagion de l'amygdalite folliculaire. — J. M. INGERSOLL (Cleveland). Polypes du nez dans le rhino-pharynx.

Nous lisons dans le *New-York Medical Record*, que l'illustre inventeur du laryngoscope, MANUEL GARCIA, a célébré à Londres son 95^e anniversaire, le 17 mars dernier. Né à Madrid le 17 mars 1805, G. fut emmené par sa famille à Naples à l'âge de 7 ans. Après avoir chanté au théâtre pendant quelques années, il s'établit à Paris comme professeur de chant et devint professeur au Conservatoire. G. habite Londres depuis 1850. C'est en 1855 qu'il lut à la Société Royale son travail intitulé : *Observations physiologiques sur la voix humaine*, accompagné d'une démonstration laryngoscopique. La valeur de sa découverte ne fut pas appréciée tout d'abord en Angleterre, et ce furent TURCK et CZERNAK qui aidèrent à son développement en Autriche.

La prochaine session de l'Association Laryngologique américaine se tiendra au printemps de 1901, à New-Haven, sous la présidence du Dr H. L. SWAIN (New-Haven); H. L. WAGNER (San Francisco), et A. A. BUSS (Philadelphie), *vice-présidents*; J. E. NEWCOMB (New-York), *secrétaire-trésorier*; J. H. BRYAN (Washington), *bibliothécaire*; *membres du conseil*, S. JOHNSTON (Baltimore).

Le Dr H. KOSCHIER vient d'être nommé chef du service de laryngologie à la Polyclinique Générale de Vienne.

Le Dr MANASSE, privat docent, supplée pendant le semestre d'été le Prof. KUHN comme directeur de la Clinique otolaryngologique de l'Université de Strasbourg.

La Société américaine de laryngologie, otologie, rhinologie, a tenu sa 6^e réunion annuelle à Philadelphie, les 31 mai, 1^{er} et 2 juin, sous la présidence de D. BRADEN KYLE (Philadelphie); *vice-présidents* : G. H. MAKEN (Philadelphie), H. S. STRAIGHT (Cleveland), R. LEVY (Denver), J. A. STUCKY (Lexington); *secrétaire-trésorier* : R. C. MYLES (New-York); *Conseil* : S. E. SOLLY (Colorado Springs); W. H. DALY (Pittsburg); A. C. WALHOUT (Atlanta); J. B. CLEMENS, J. F. Mc KERNON, W. C. PHILLIPS (New-York), J. E. SHEPPARD (Brooklyn), P. BROWN (Toronto).

Programme.

1. W. H. LÖB (Saint-Louis). 107 polypes enlevés en une séance, démontrant la valeur opératoire de l'anse électro-caustique. — 2. D. ROY (Atlanta). Maladie de Thornwaldt. — 3. T. V. FITZPATRICK (Cincinnati). Observations de tuberculose pharyngée. — 4. N. L. WILSON (Elizabeth, N. J.). Intervention précoce dans la paralysie bilatérale des abducteurs. — 5. H. L. WAGNER (San Francisco). Dislocation traumatique du cartilage aryénoïde. — 6. R. C. MYLES (New-York). Observations de tumeurs sous-glottiques. — 7. J. O. Mc REYNOLDS (Dallas). Cas de sarcomes naso-pharyngiens. — 8. J. S. GIBB (Philadelphie). Observation de carcinome laryngien. — 9. B. BERENS (Philadelphie). Extrait surrénal dans le traitement de l'hydropnée nasale. — 10. P. BROWN (Toronto). Synéchies nasales et rétro nasales. — 11. W. J. FREEMAN (Philadelphie). Lencoplasie buccale. — 12. M. R. WARD (Pittsburg). Quelques remarques sur l'étiologie des abcès rétro pharyngiens. — 13. J. C. LESTER (Brooklyn). Indications de l'opération de Asch. — 14. T. H. HALSTED, J. E. KIMBALL, N. H. PIERCE, C. W. RICHARDSON, W. CHEATHAM, F. C. COBB. Discussion sur les végétations adénoïdes aux points de vue de l'anesthésie, des hémorrhagies, de l'histologie, de la pathologie, des procédés opératoires et du traitement consécutif. — 15. M. D. LEDERMAN (New-York). Synéchies nasales. — 16. M. A. GOLDSTEIN (Saint-Louis). Tamponnement dans la chirurgie nasale. — 17. G. H. MAKEN (Philadelphie). Quelques unes des formes les plus communes de bégaiement. — 18. J. F. WOODWARD (Norfolk). Observations de névroses motrices du larynx. — 19. W. C. PHILLIPS (New-York). Sur l'emploi de l'acide phénique pur dans le traitement des plaies mastoïdiennes et de l'otite moyenne suppurée chronique. — 20. J. F. Mc KERNON (New-York). Traitement abortif des mastoïdites aiguës chez l'enfant et chez l'adulte. — 21. A. G. HOBBS (Atlanta). La trompe d'Eustache, comme le foie, est accusée de nombreux méfaits. — 22. G. L. RICHARDS (Fall River, Mass.). a) Abcès cérébral d'origine otitique; b) Rupture traumatique du tympan de cause inusitée. — 23. J. M. DOUTHETT (Pittsburg). Sels d'argent dans le traite-

ment des suppurations de l'oreille moyenne et de l'antre d'Highmore. — 24. E. B. DESCH (New-York). Trois cas de ligature de la jugulaire interne pour une thrombose septique consécutive à une otite moyenne suppurée ; guérison. — 25. N. H. PIERCE (Chicago). Granulôme de la cavité de Prussak, simulant la carie. — 26. W. H. DUDLEY (Easton, Pa). Abscès cérébral consécutif à une otite moyenne chronique ; opération ; guérison. — 27. O. JOACHIM (New-Orléans). Opération de deux cas d'affections du sinus latéral d'origine otitique avec ligature de la jugulaire. — 28. E. FRIEDENBERG (New-York). Erysipèle de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. — 29. A. B. DUEL (New-York). Complications auriculaires des maladies infectieuses. — 30. A. G. ROOT (Albany). La tuberculose au point de vue social. — 31. C. P. LAMHART (Columbus). Hypertrophie des cornets. — 32. C. P. GRAYSON (Philadelphie). Le laryngologiste doit-il être toujours son propre chirurgien. — 33. F. C. COBB (Boston). Kystes dentifères du maxillaire supérieur. — 34. F. H. KOYLE (Hornellsville). Un cas de tic douloureux. — 35. W. C. PHILLIPS (New-York). Complications glandulaires de l'amygdalite grippale folliculaire et suppurée aiguë.

Nous lisons dans le *Lyon Médical* que l'*Internat. Centralblatt f. Laryngologie* a dressé dans son numéro de janvier la statistique des travaux relatifs aux affections du nez, du pharynx, du larynx, du corps thyroïde et de l'œsophage. En 1898, le nombre des mémoires concernant ces spécialités était de 1592, dont 362 pour l'Allemagne, 304 pour les Etats-Unis, 273 pour la Grande-Bretagne, 270 pour la France, 118 pour la Belgique et la Hollande, 117 pour l'Autriche-Hongrie, 75 pour la Russie. Le plus grand nombre de travaux concerne le nez et le pharynx nasal (422), ensuite vient le larynx et la trachée (413), le pharynx (250), etc. D'après le *Vratch*, ces chiffres sont, en réalité, au-dessous de la vérité, car on a omis les publications italiennes et beaucoup de publications russes.

Le Prof. POLITZER, de Vienne, a été élu membre honoraire de la Société otologique du Royaume-Uni.

Les Drs QUINLAN et MYLES ont été nommés Professeurs de laryngologie et rhinologie à la Polyclinique de New-York.

Deux questions seront discutées à la 68^e session annuelle de l'*Association médicale britannique* (section de laryngologie et otologie), qui se tiendra du 31 juillet au 3 août, à Ipswich.

- 1^o Indications du traitement intra-nasal des affections auriculaires.
- 2^o Pathologie et traitement des paralysies laryngées toxiques.

Les éditeurs du *Journal of laryngology, rhinology and otology*, nous prient d'insérer la note suivante :

Le Dr R. LAKE est en train de préparer un appendice à son *Répertoire international des laryngologistes et otologistes*, dans lequel seront rectifiées les erreurs de noms et adresses qui se trouvent dans la première édition et qui contiendra une liste additionnelle de noms et d'adresses reçus depuis sa publication, ainsi qu'une partie nécrologique. Pour que cette liste soit aussi complète que possible, les spécialistes désireux d'y figurer devront envoyer leurs noms et adresses à M. REEMAN, éditeur de l'*International Directory of Laryngologists and Otologists*, 129, Shaftesbury avenue, Londres, W. C.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

ORDRE DU JOUR DE LA RÉUNION ANNUELLE DU 24 JUIN 1900.

Séance du matin à l'hôpital Saint-Jean.

Allocution présidentielle.

Rapports du secrétaire et du trésorier.

Admission de membres. — Présentation de candidatures.

Modifications aux statuts et règlements.

Election d'un président.

Choix des questions à mettre à l'ordre du jour de la prochaine réunion. — Nomination des rapporteurs.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. GORIS. — 1^o Malade opéré, en une séance, de sinusite frontale double, de carie des os nasaux, de la voûte de l'orbite et d'ethmoïdite droites, avec rhinoplastie.

2^o Malade opéré d'ulcus rodens du nez, résection partielle du maxillaire, rhinoplastie et réfection de la joue.

3^o Malade opéré de quintuple sinusite en une séance, par incision médiane de la face et résection des apophyses montantes.

4^o Parésie des cordes vocales, suite de carie sterno-claviculaire. Résection partielle du sternum et de la clavicule. Guérison.

M. BAYER. — 1^o Cas de rhinite suppurative, provoquée par une tumeur d'apparence maligne. Raclage en narcose. Guérison.

2^o Cas d'accès épileptiformes, provenant d'une affection nasale. Guérison.

3^o Cas de céphalalgie, diagnostiqué méningite chronique, provenant d'une affection nasale. Guérison.

M. HICQUET. — Un cas de lèpre.

M. HENNEBERT. Présentation de malades.

BEYS. Présentation de pièces anatomiques. — LAURENT. Moulages du sinus frontal. — GORIS. Concasseur de la cloison pour redressement des déviations. — DELIE. Rapport sur le lupus du nez. — BROECKAERT. Rapport sur la sérothérapie dans la diphtérie. — CHEVAL. L'électrolyse et les accumulateurs électriques (avec projections des phénomènes électrolytiques). — GORIS. Remarques sur la cure radicale de l'otorrhée avec autoplastie de Passow. — MOURV. Restauration prothétique de l'oreille externe. — BROECKAERT. Sur le traitement des papillômes diffus du larynx chez les enfants. — NOQUET. Un cas de calcul de l'amygdale. — JOUSSET. Dégénérescence fibromyxomateuse de la muqueuse du nez.

La Société allemande d'otologie a tenu sa session annuelle à Heidelberg, au mois de juin dernier, sous la présidence du prof. KESSEL, d'Inna; la prochaine réunion aura lieu en 1901, sous la présidence du Prof. HABERMANN, de Graz.

SIR FELIX SEMON nous prie de reproduire son article sur la *Situation de la laryngologie dans les Congrès médicaux internationaux et la question de sa réunion avec l'otologie dans ces occasions.*

A la suite des articles insérés dans le *Centralblatt* de juin à août 1899, les Sociétés suivantes se sont occupées de la question :

1. 6^e session de l'Association des laryngologistes de l'Allemagne du Sud. — 2. 6^e Congrès international d'Otologie. — 3. 8^e réunion de la Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie. — 4. Société berlinoise de laryngologie. — 5. Société viennoise de laryngologie. — 6. Société hongroise d'oto-laryngologie. — 7. Société autrichienne d'otologie. — 8. Société de laryngologie de Londres. — 9. Société da-

noise d'oto-laryngologie. — 10. Société parisienne d'oto-laryngologie. — 11. Association laryngologique américaine.

Toutes ces assemblées ont décidé :

Que chacune des deux spécialités devaient former une *section indépendante* dans les réunions internationales.

Ces résolutions ont été prises à l'unanimité par la plupart des Sociétés. Les spécialistes hongrois et berlinois ont aussi admis que certaines questions intéressant la rhino-pharyngologie devraient être discutées par les deux sections (otologie et laryngologie) réunies.

Il faudrait mettre en pratique ces considérations, aussi serait-il à désirer qu'une entente entre les Présidents des sections otologique et rhinologique du Congrès de Paris, permit la fusion de leurs membres.

A l'avenir, les deux spécialités devraient aussi toujours compter chacune un représentant dans les Comités d'organisation des Congrès Internationaux de médecine.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CROUDRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Poly-bromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

De l'extrait aqueux de capsules surrénales comme adjuvant de l'anesthésie du larynx par la cocaïne, par L. LICHTWITZ (Extrait des *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.*, mars-avril 1900).

Etat du sang (formule hématologique) chez les adénoïdiens avant et après l'opération, par LICHTWITZ et SABRAZÈS (Broch. de 41 p. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1900).

Organizzazione, costituzione e funzionamento dei sanatori popolari per tubercolotici polmonari in Germania e in Svizzera (Organisation, constitution et fonctionnement des sanatoria populaires pour les tuberculeux pulmonaires en Allemagne et en Suisse). Rapport au Prof. Bacelli, ministre de l'Instruction publique, par V. COZZOLINO (Extrait du *Boll. Uff. della Pubblica Istruzione*, Rome, 1900).

Zur Casuistik der Trachealstenosen (Contribution à la casuistique des sténoses trachéales), par O. FRANKENBERGER (Tiré à part de la *Wiener. klin. Rundsch.*, nos 16 et 17, 1900).

Taubstummstatistik und Taubstummheit (Statistique de sourds-muets et surdi-mutité), par SCHWABACH (Tiré à part de la *Real Encyclopädie d. gesam. Heilk.*, 3^e édition, Urban et Schwarzenberg, éditeurs, Vienne et Berlin, 1900).

Atla der Beleuchtungsbildern des Trommellells (Atlas de figures du tympan), par K. BÜRKNER (14 planches chromolithographiques d'après les dessins originaux de l'auteur, par A. GILTSCH, d'Iéna, 3^e édition revue et augmentée, prix 10 mk. G. Fischer, éditeur, Iéna, 1900).

Review of the present position of intra-tympanic surgery in chronic suppurative otitis and in sclerosis of the middle ear (Revue sur l'état actuel de la chirurgie intra tympanique dans l'otite suppurée chronique et la sclérose de l'oreille moyenne), par GH. FERRERI (Extrait du *Laryngoscope*, décembre 1899).

I. Gravi complicazioni peri ed endocraniche a decorso cronico consecutiva alle otiteacute (Complications péri et endo crâniennes chroniques graves consécutives aux otites aiguës). — II. Ascesso cerebellare di origine otitica e successivo mixosarcoma (Abscs cérébelleux d'origine otitique, suivi de myxosarcôme), par G. FERRERI (Extraits des *Ann. di Med. navale*, juin 1899 et février 1900).

La cataforesi auricolare (La cataphorèse auriculaire), par G. FERRERI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, vol. X, fasc. 1, 1900).

Profilassi e cura della tubercolosi dell'orecchio (Prophylaxie et traitement de la tuberculose auriculaire), par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.*, vol. X, fasc. 1, 1900).

Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine (Annuaire et encyclopédie analytique de médecine pratique), publié par C. E. de M. SAJOUS (Vol. V, tomes 1 et 2, the F. A. Davis Co Publishers, Philadelphie, New-York et Chicago, 1900).

Statistique des opérations pratiquées en 1899 au Havre, par R. SOREL (Tiré à part des *Arch. provinciales de chir.*, 1^{er} avril 1900).

I. La sérothérapie dans la diphthérie, par J. BRÖCKHAERT. — II. Le loup du nez, par A. DELIE (Rapports lus à la Société belge d'otologie, laryngologie et rhinologie, juin 1900).

Some points in the differential diagnosis of laryngeal diphtheria in children (Quelques points du diagnostic différentiel de la diphthérie laryngée chez les enfants), par E. MAYER (Extrait du *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports*, janvier 1900).

Le Gérant : MASSON et Cie.

